

告示番号		41		内分泌疾患		( )		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)		1/2	
病名	75 カルチノイド症候群							受付種別	<input type="checkbox"/> 新規				
受給者番号			受診日	年 月 日									
ふりがな							(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)						
氏名 (Alphabet)													
生年月日	年 月 日		意見書記載時の年齢		歳 か月 日		性別	男 ・ 女 ・ 性別未決定					
出生体重	g		出生週数	在胎 週 日		出生時に住民登録をした所		( ) 都道府県 ( ) 市区町村					
現在の 身長・体重	身長 (測定日)	cm ( SD)		体重 (測定日)	kg ( SD)		BMI						
		年 月 日			年 月 日		肥満度	%					
発病時期	年 月 頃		初診日	年 月 日									
就学・就労状況	就学前 ・ 小中学校( 通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級 ) ・ 特別支援学校( 小中学部 ・ 専攻科を含む高等部 ) ・ 高等学校(専攻科を含む) ・ 高等専門学校 ・ 専門学校/専修学校など ・ 大学(短期大学を含む) ・ 就労(就学中の就労も含む) ・ 未就学かつ未就労 ・ その他 ( )												
手帳取得状況	身体障害者手帳	なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級 ・ 4級 ・ 5級 ・ 6級)					療育手帳	なし ・ あり					
	精神障害者保健福祉手帳 (障害者手帳)		なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級)										
現状評価	治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能					運動制限の必要性		なし ・ あり					
	人工呼吸器等装着者認定基準に該当		する ・ しない ・ 不明		小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当			する ・ しない ・ 不明					
臨床所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載													
症状	消化器	下痢: [ なし ・ あり ]											
	皮膚・粘膜	顔面紅潮: [ なし ・ あり ]											
	その他	症状 (その他): ( )											
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
症状	消化器	下痢: [ なし ・ あり ]											
	皮膚・粘膜	顔面紅潮: [ なし ・ あり ]											
	その他	症状 (その他): ( )											
検査所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載													
尿検査	尿中5-HIAA: ( )mg/day												
血液検査	血清アルブミン: ( )g/dL			血清Ca: ( )mg/dL			血清Ca (補正值): ( )mg/dL						
	intact PTH: ( )pg/mL			セロトニン: ( )ng/mL									
画像検査	CTまたはMRI検査: [ 未実施 ・ 実施 ]			実施日: ( 年 月 日 )									
	部位: ( )												
	所見: ( )												
画像検査	内視鏡検査 (消化管): [ 未実施 ・ 実施 ]			実施日: ( 年 月 日 )									
	部位: ( )												
	所見: ( )												
画像検査	画像検査 (その他): [ 未実施 ・ 実施 ]			実施日: ( 年 月 日 )									
	部位: ( )												
	所見: ( )												
検査所見 (その他)	検査所見 (その他): ( )												
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
尿検査	尿中5-HIAA: ( )mg/day												
血液検査	セロトニン: ( )ng/mL												
画像検査	CTまたはMRI検査: [ 未実施 ・ 実施 ]			実施日: ( 年 月 日 )									
	部位: ( )												
	所見: ( )												
画像検査	内視鏡検査 (消化管): [ 未実施 ・ 実施 ]			実施日: ( 年 月 日 )									
	部位: ( )												
	所見: ( )												
画像検査	画像検査 (その他): [ 未実施 ・ 実施 ]			実施日: ( 年 月 日 )									
	部位: ( )												
	所見: ( )												
検査所見 (その他)	検査所見 (その他): ( )												

告示番号 <b>41</b> 内分泌疾患      ( )      年度      小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用) <b>2/2</b>	
その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載	
合併症	合併症: [ なし ・ あり ] 詳細: ( )
経過 (申請時) ※直近の状況を記載	
薬物療法	補充療法: [ なし ・ あり ] 詳細: ( )
	機能抑制療法: [ なし ・ あり ] 詳細: ( )
	薬物療法 (その他): ( )
手術	手術: [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ]      実施日: (      年      月      日 ) 術式: ( )
治療	治療 (その他): ( )
今後の治療方針	今後の治療方針: ( )
	治療見込み期間 (入院)      開始日: (      年      月      日 )      終了日: (      年      月      日 )
	治療見込み期間 (外来)      開始日: (      年      月      日 )      終了日: (      年      月      日 )      通院頻度 (      )回/月
医療機関・医師署名	
上記の通り診断します。	
医療機関名	記載年月日      年      月      日
医療機関住所	診療科
	医師名
	小児慢性特定疾病 指定医番号 (      )