

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 (継続申請用)

病名	75 カルチノイド症候群					受付種別	<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ()				
受給者番号		受診日	年	月	日						
ふりがな 氏名 (Alphabet)						(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (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(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(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:()					
	内視鏡検査(消化管):[未実施・実施]					実施日:(年 月 日)					
所見:()											
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):()						
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	()				