

告示番号		64		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	84 多発性内分泌腫瘍1型 (ウェルマー (Wermer) 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	内分泌・代謝	副甲状腺機能亢進症 ( 原発性 ) : [ なし ・ あり ]											
		膵消化管内分泌腫瘍: ガストリノーマ: [ なし ・ あり ]			インスリノーマ: [ なし ・ あり ]			グルカゴノーマ: [ なし ・ あり ]					
		膵消化管内分泌腫瘍 ( その他 ) : ( )											
		下垂体腺腫: プロラクチノーマ: [ なし ・ あり ]			GH 産生腫瘍: [ なし ・ あり ]			ACTH 産生腫瘍: [ なし ・ あり ]					
	下垂体腺腫 ( 非機能性 ) : [ なし ・ あり ]			下垂体腺腫 ( その他 ) : ( )									
腫瘍 ( その他 ) : 血管線維腫: [ なし ・ あり ]	コラゲノーマ: [ なし ・ あり ]			胸腺カルチノイド: [ なし ・ あり ]									
	腫瘍 ( その他 ) : ( )												
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	内分泌・代謝	副甲状腺機能亢進症 ( 原発性 ) : [ なし ・ あり ]											
		膵消化管内分泌腫瘍: ガストリノーマ: [ なし ・ あり ]			インスリノーマ: [ なし ・ あり ]			グルカゴノーマ: [ なし ・ あり ]					
		膵消化管内分泌腫瘍 ( その他 ) : ( )											
		下垂体腺腫: プロラクチノーマ: [ なし ・ あり ]			GH 産生腫瘍: [ なし ・ あり ]			ACTH 産生腫瘍: [ なし ・ あり ]					
	下垂体腺腫 ( 非機能性 ) : [ なし ・ あり ]			下垂体腺腫 ( その他 ) : ( )									
腫瘍 ( その他 ) : 血管線維腫: [ なし ・ あり ]	コラゲノーマ: [ なし ・ あり ]			胸腺カルチノイド: [ なし ・ あり ]									
	腫瘍 ( その他 ) : ( )												
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													
画像検査	超音波検査 ( 腹部 ) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )												
	所見: ( )												
	単純X線検査 ( 骨 ) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )												
	部位: ( )												
	所見: ( )												
MRI 検査 ( 頭部 ) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )													
所見: ( )													
MRI 検査 ( 腹部 ) : [ 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: ( )													
遺伝学的検査	遺伝子検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )												
所見: ( )													
検査所見 ( その他 )	検査所見 ( その他 ) : ( )												

告示番号 <b>64</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>	
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載	
画像検査	超音波検査 (腹部): [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 所見: ( )
	単純X線検査 (骨): [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 部位: ( ) 所見: ( )
	MRI検査 (頭部): [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 所見: ( )
	MRI検査 (腹部): [ 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: ( )
遺伝学的検査	遺伝子検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 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: ( )
家族歴	本疾患の家族歴: [ なし ・ あり ・ 不明 ] 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 ( )