

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 (継続申請用)		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"/> 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 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	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): ( )				
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(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: ( )		
	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: ( )						

薬物療法	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 ( )