

告示番号		65		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	85 多発性内分泌腫瘍2型 (シップル (Sipple) 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 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(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										
病型	MEN2A・MEN2B・家族性甲状腺髄様癌(FMTC)									
症状	全身	Marfan症候群様体型:[なし・あり]								
	内分泌・代謝	副甲状腺機能亢進症(原発性):[なし・あり]								
		内分泌腫瘍:甲状腺髄様癌:[なし・あり]				褐色細胞腫:[なし・あり]				
		粘膜神経腫:[なし・あり]								
その他	内分泌腫瘍(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	全身	Marfan症候群様体型:[なし・あり]								
	内分泌・代謝	副甲状腺機能亢進症(原発性):[なし・あり]								
		内分泌腫瘍:甲状腺髄様癌:[なし・あり]				褐色細胞腫:[なし・あり]				
		粘膜神経腫:[なし・あり]								
その他	内分泌腫瘍(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	RET 遺伝子異常:[なし・あり]			
所見(その他):( )										
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										
画像検査	超音波検査(腹部):[未実施・実施]	実施日:( )		年	月	日				
所見:( )										

画像検査	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 ) RET 遺伝子異常 : [ なし ・ あり ] 所見 (その他) : ( )
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	卵巣腫瘍 : [ なし ・ あり ] 皮膚アミロイド苔癬 : [ なし ・ あり ] Hirschsprung 病 : [ なし ・ あり ] 合併症 (その他) : ( )
家族歴	一度近親者 (親、子、同胞) に確実な本疾患の診断 : [ なし ・ あり ・ 不明 ] 家系内に4人以上の甲状腺髄様癌患者 (かつ甲状腺髄様癌以外のMEN2 関連病変を有さない) の集積 : [ なし ・ あり ・ 不明 ]
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 ( )