

告示番号		66		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	86 84及び85に掲げるもののほか、多発性内分泌腫瘍 (具体的な疾病名: )					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									
症状	内分泌・代謝	内分泌腫瘍:褐色細胞腫:[ なし ・ あり ] 膵の神経内分泌腫瘍:[ なし ・ あり ] 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	内分泌腫瘍:褐色細胞腫:[ なし ・ あり ] 膵の神経内分泌腫瘍:[ なし ・ あり ] 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):( )								
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:( )				

告示番号 <b>66</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〉		2/2
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: ( )	
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 ]	
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 ( )	