

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					受付種別	<input type="checkbox"/> 新規			
保険情報	保険者番号 ( )		被保険者記号 ( )		被保険者番号 ( )		被保険者個人単位枝番 ( )			
	資格取得年月日		年	月	日					
氏名	(セイメイ) (姓)			以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓)				
住所	郵便番号 ( - )		都道府県 ( )		市区町村 ( )		丁目番地等 ( )			
生年月日	年		月	日	性別	男性 ・ 女性 ・ 性別未決定				
出生地	都道府県 ( )		市区町村 ( )							
出生体重	g		出生週数	在胎	週	日				
発症時期	年		月	頃	記載時の年齢	満	歳	か	月	日
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	%
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	治療 ・ 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										
具体的な疾病名	( )				最終受診日	( 年 月 日 )				
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 **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) **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
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 ( )
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
医療機関所在地	診断年月日 年 月 日
電話番号	診療科 医師名 小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )

・ 診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年 月 日
公費負担者番号	
認定結果	[ 認定 ・ 不認定 ]
研究同意の有無	[ 有 ・ 無 ]
受給者番号	受給者番号 ( ) 有効期限 年 月 日
階層区分	[ 生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他 ]
保険情報	保険者番号 ( ) 被保険者記号 ( ) 被保険者番号 ( ) 被保険者個人単位枝番 ( ) 資格取得年月日 年 月 日