

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 (継続申請用)		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"/> 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			
		年 月 日	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(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 ] 隣の神経内分泌腫瘍:[ 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(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 ]									
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 )
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 (				