

告示番号		50		悪性新生物		( )		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉		1/3					
病名		81 下垂体腺腫								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																	
最終受診日		( 年 月 日 )															
身体所見		大頭症 (+2.0SD以上): [ なし ・ あり ]															
症状	全身	低身長 (−2.0SD以下): [ なし ・ あり ] 体重減少: [ なし ・ あり ]															
	消化器	悪心・嘔吐: [ なし ・ あり ]															
	内分泌・代謝	尿崩症: [ なし ・ あり ] 性腺機能低下: [ なし ・ あり ]															
	精神・神経	頭痛: [ なし ・ あり ] 痙攣: [ なし ・ あり ] 意識障害: [ なし ・ あり ] 脳神経麻痺 (顔面神経麻痺等): [ なし ・ あり ] 四肢麻痺: [ なし ・ あり ・ 不明 ] ふらつきまたは歩行異常: [ なし ・ あり ]															
	眼	視野障害: [ なし ・ あり ] 弱視: [ なし ・ あり ] 斜視: [ なし ・ あり ] 眼球運動障害: [ なし ・ あり ] 視神経乳頭浮腫: [ なし ・ あり ]															
	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	低身長 (−2.0SD以下): [ なし ・ あり ] 易感染性: [ なし ・ あり ] 易疲労性: [ なし ・ あり ]															
	消化器	肝機能障害: [ なし ・ あり ] 消化器症状: [ なし ・ あり ]															
	内分泌・代謝	性腺機能低下: [ なし ・ あり ] 耐糖能異常: [ なし ・ あり ] 甲状腺機能低下: [ なし ・ あり ]															
	腎・泌尿器	腎機能低下: [ なし ・ あり ]															
	呼吸器・循環器	心機能障害 (不整脈含む): [ なし ・ あり ] 呼吸障害: [ なし ・ あり ]															
	筋・骨格	大腿骨頭壊死: [ なし ・ あり ] 骨密度低下: [ なし ・ あり ] 筋・軟部組織障害: [ なし ・ あり ]															
	皮膚・粘膜	皮膚障害: [ なし ・ あり ] 毛髪異常: [ なし ・ あり ]															
	精神・神経	白質脳症: [ なし ・ あり ] 抑鬱: [ なし ・ あり ] 末梢神経障害: [ なし ・ あり ] 認知機能障害: [ なし ・ あり ] てんかん: [ なし ・ あり ] 発達障害: [ なし ・ あり ]															
		精神発達遅滞: [ なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明 ] 移動障害: [ なし ・ 走行 ・ 独立歩行 ・ 介助歩行 ・ 独立位 ・ 伝歩 ・ 坐位 (移動可) ・ 坐位 (移動不可) ・ 寝返り ・ 寝たきり ・ 不明 ]															
	耳鼻咽喉	聴力障害: [ なし ・ あり ]															
	その他	慢性GVH病: 皮膚障害: [ なし ・ あり ] 慢性GVH病: 毛髪異常: [ なし ・ あり ] 慢性GVH病: 口腔粘膜障害: [ なし ・ あり ] 慢性GVH病: 眼症状: [ なし ・ あり ] 慢性GVH病: 呼吸障害: [ なし ・ あり ] 慢性GVH病: 肝機能障害: [ なし ・ あり ] 慢性GVH病: 骨格筋障害: [ なし ・ あり ]															
		二次がん: [ なし ・ あり ] 詳細: ( )															
歯牙異常: [ なし ・ あり ] 自己免疫疾患: [ なし ・ あり ]																	
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																	
血液検査		α-フェトプロテイン (AFP): ( )ng/mL ・ 未実施 実施日: ( 年 月 日 ) hCG- βサブユニット: ( )ng/mL ・ 未実施 実施日: ( 年 月 日 ) 絨毛性ゴナドトロピン (hCG): ( )mIU/mL ・ 未実施 実施日: ( 年 月 日 )															
		腫瘍マーカー (その他): [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 所見: ( )															



上記の通り診断します。

医療機関名  
医療機関所在地  
電話番号

記載年月日                      年                      月                      日  
診断年月日                      年                      月                      日

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