

告示番号		6		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		3 下垂体性巨人症							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) 年 月 日		体重 (測定日)		kg ( SD) 年 月 日		BMI			
										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 )											
二次性徴 (Tanner分類)		二次性徴：[ なし ・ あり ] 思春期開始年齢：( 歳 か月 ) 乳房発育 (女子のみ)：[ I ・ II ・ III ・ IV ・ V ] 年齢 (発現時)：( 歳 か月 ) 陰毛発育 (男女共)：[ I ・ II ・ III ・ IV ・ V ] 年齢 (発現時)：( 歳 か月 ) 外性器発達 (男子のみ)：[ I ・ II ・ III ・ IV ・ V ] 年齢 (発現時)：( 歳 か月 ) 精巣容量：( )mL											
症状	全身	著明な身長増加：[ なし ・ あり ] 高血圧：[ なし ・ あり ] 先端巨大：[ なし ・ あり ] 発汗過多：[ なし ・ あり ]											
	内分泌・代謝	月経異常 (女子のみ)：[ なし ・ あり ] 耐糖能異常：[ なし ・ あり ]											
	呼吸器・循環器	睡眠時無呼吸：[ なし ・ あり ]											
	精神・神経	頭痛：[ なし ・ あり ]											
	眼	視野障害：[ なし ・ あり ]											
	その他	咬合不全：[ なし ・ あり ] 症状 (その他)：( )											
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
二次性徴 (Tanner分類)		二次性徴：[ なし ・ あり ] 思春期開始年齢：( 歳 か月 ) 乳房発育 (女子のみ)：[ I ・ II ・ III ・ IV ・ V ] 年齢 (発現時)：( 歳 か月 ) 陰毛発育 (男女共)：[ I ・ II ・ III ・ IV ・ V ] 年齢 (発現時)：( 歳 か月 ) 外性器発達 (男子のみ)：[ I ・ II ・ III ・ IV ・ V ] 年齢 (発現時)：( 歳 か月 ) 精巣容量：( )mL											
症状	全身	著明な身長増加：[ なし ・ あり ] 高血圧：[ なし ・ あり ] 先端巨大：[ なし ・ あり ] 発汗過多：[ なし ・ あり ]											
	内分泌・代謝	月経異常 (女子のみ)：[ なし ・ あり ] 耐糖能異常：[ なし ・ あり ]											
	呼吸器・循環器	睡眠時無呼吸：[ なし ・ あり ]											
	精神・神経	頭痛：[ なし ・ あり ]											
	眼	視野障害：[ なし ・ あり ]											
	その他	咬合不全：[ 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													
負荷試験		ブドウ糖経口負荷試験：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) GH最低値 (補正値)：( )ng/mL IGF-1 (ソマトメジンC)：( )ng/mL											
骨年齢		骨年齢 :[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 骨年齢：( 歳 か月 )											
画像検査		単純X線検査 (頭部)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) トルコ鞍の拡大・破壊：[ なし ・ あり ] 副鼻腔の拡大：[ なし ・ あり ] 外後頭隆起の突出：[ なし ・ あり ] 下顎角の開大と下顎の突出：[ なし ・ あり ]											
		単純X線検査 (骨)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 手指末節骨の花キャベツ様肥大変形：[ なし ・ あり ] 足底部軟部組織厚heel padの増大：[ なし ・ あり ]											
		CTまたはMRI検査 (頭部)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 下垂体腺腫：[ なし ・ あり ]											
		検査所見 (その他) 検査所見 (その他)：( )											

