

告示番号		55		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		4 先端巨大症							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	高血圧：[なし ・ あり] 発汗過多：[なし ・ あり] 手足の容積の増大：[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] 感覚障害 (手根管症候群)：[なし ・ あり]											
	眼	視野障害：[なし ・ あり]											
	その他	咬合不全：[なし ・ あり] 先端巨大症様顔貌：[なし ・ あり] 巨大舌：[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	高血圧：[なし ・ あり] 発汗過多：[なし ・ あり] 手足の容積の増大：[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] 感覚障害 (手根管症候群)：[なし ・ あり]											
	眼	視野障害：[なし ・ あり]											
	その他	咬合不全：[なし ・ あり] 先端巨大症様顔貌：[なし ・ あり] 巨大舌：[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 (補正值)：()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] 部位：[真皮内 ・ 不明]											
検査所見 (その他)		検査所見 (その他)：()											

