

告示番号		65		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〉		1/3					
病名		85 多発性内分泌腫瘍2型（シップル（Sipple）症候群）								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 )															
病型		MEN2A ・ MEN2B ・ 家族性甲状腺髄様癌 (FMTC)															
症状	全身	Marfan 症候群様体型：[ なし ・ あり ]															
	内分泌・代謝	副甲状腺機能亢進症 (原発性)：[ なし ・ あり ]															
		内分泌腫瘍：甲状腺髄様癌：[ なし ・ あり ] 褐色細胞腫：[ なし ・ あり ]															
		粘膜神経腫：[ なし ・ あり ]															
		内分泌腫瘍 (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	全身	Marfan 症候群様体型：[ なし ・ あり ]															
	内分泌・代謝	副甲状腺機能亢進症 (原発性)：[ なし ・ あり ]															
		内分泌腫瘍：甲状腺髄様癌：[ なし ・ あり ] 褐色細胞腫：[ なし ・ あり ]															
		粘膜神経腫：[ なし ・ あり ]															
		内分泌腫瘍 (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 )		RET 遺伝子異常：[ なし ・ あり ] 所見 (その他)：( )									
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：( )											



