

告示番号		13		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		36 副腎皮質結節性過形成								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 )															
症状		全身		低身長 (−2.0SD以下) : [ なし ・ あり ] 高血圧 : [ なし ・ あり ] 浮腫 : [ 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 ] 骨粗鬆症 : [ なし ・ あり ] 中心性肥満または水牛様脂肪沈着 : [ なし ・ あり ]													
		筋・骨格		筋力低下 : [ なし ・ あり ]													
		皮膚・粘膜		皮膚線条 : [ なし ・ あり ] 痤瘡 : [ なし ・ あり ] 多毛症 : [ なし ・ あり ] 色素沈着 : [ なし ・ あり ] 皮下溢血 : [ なし ・ あり ] 皮膚菲薄化 : [ なし ・ あり ]													
		精神・神経		精神異常 : [ なし ・ あり ]													
		その他		満月様顔貌 : [ なし ・ あり ] 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 ] 高血圧 : [ なし ・ あり ] 浮腫 : [ 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 ] 骨粗鬆症 : [ なし ・ あり ] 中心性肥満または水牛様脂肪沈着 : [ なし ・ あり ]													
		筋・骨格		筋力低下 : [ なし ・ あり ]													
		皮膚・粘膜		皮膚線条 : [ なし ・ あり ] 痤瘡 : [ なし ・ あり ] 多毛症 : [ なし ・ あり ] 色素沈着 : [ なし ・ あり ] 皮下溢血 : [ なし ・ あり ] 皮膚菲薄化 : [ なし ・ あり ]													
		精神・神経		精神異常 : [ なし ・ あり ]													
		その他		満月様顔貌 : [ 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		デキサメサゾン抑制試験 (0.5 mg) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) コルチゾール前値 : ( )µg/dL コルチゾール負荷後 : ( )µg/dL															
		デキサメサゾン抑制試験 (8mg) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) コルチゾール前値 : ( )µg/dL コルチゾール負荷後 : ( )µg/dL															
尿検査		尿中遊離コルチゾール : ( )µg/day ・ 未実施															
血液検査		コルチゾール : ( )µg/dL ACTH : ( )pg/mL															
画像検査		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 ]															
		超音波検査またはCTまたはMRI検査 (腹部) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 副腎腫瘍 : [ なし ・ あり ] 両側副腎皮質過形成 : [ なし ・ あり ]															
		シンチグラフィ (副腎) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 所見 : ( )															



