

告示番号		11		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		33 クッシング (Cushing) 病								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)											
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	CRH負荷試験 : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) ACTH基礎値 : ()pg/mL ACTH頂値 : ()pg/mL												
	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	白血球数 : ()/μL 好酸球 : ()% 総コレステロール : ()mg/dL 血清K : ()mEq/L コルチゾール : ()μg/dL ACTH : ()pg/mL HbA _{1c} : ()%												
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 : [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]												
	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]												

