

告示番号		64		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		84 多発性内分泌腫瘍1型（ウェルマー（Wermer）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)													
症状	内分泌・代謝	副甲状腺機能亢進症 (原発性): [なし ・ あり]													
		膵消化管内分泌腫瘍: ガストリノーマ: [なし ・ あり] インスリノーマ: [なし ・ あり] グルカゴノーマ: [なし ・ あり] 膵消化管内分泌腫瘍 (その他): ()													
		下垂体腺腫: プロラクチノーマ: [なし ・ あり] GH産生腫瘍: [なし ・ あり] ACTH産生腫瘍: [なし ・ あり] 下垂体腺腫 (非機能性): [なし ・ あり] 下垂体腺腫 (その他): ()													
		腫瘍 (その他): 血管線維腫: [なし ・ あり] コラゲノーマ: [なし ・ あり] 胸腺カルチノイド: [なし ・ あり] 腫瘍 (その他): ()													
		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	内分泌・代謝	副甲状腺機能亢進症 (原発性): [なし ・ あり]													
		膵消化管内分泌腫瘍: ガストリノーマ: [なし ・ あり] インスリノーマ: [なし ・ あり] グルカゴノーマ: [なし ・ あり] 膵消化管内分泌腫瘍 (その他): ()													
		下垂体腺腫: プロラクチノーマ: [なし ・ あり] GH産生腫瘍: [なし ・ あり] ACTH産生腫瘍: [なし ・ あり] 下垂体腺腫 (非機能性): [なし ・ あり] 下垂体腺腫 (その他): ()													
		腫瘍 (その他): 血管線維腫: [なし ・ あり] コラゲノーマ: [なし ・ あり] 胸腺カルチノイド: [なし ・ あり] 腫瘍 (その他): ()													
		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) 所見: ()													
検査所見 (その他)		検査所見 (その他): ()													

