

告示番号		41		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		75 カルチノイド症候群						受付種別		<input type="checkbox"/> 新規			
受給者番号				受診日		年 月 日							
ふりがな 氏名 (Alphabet)						(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)							
生年月日		年 月 日		意見書記載時の年齢		歳 か月 日		性別		男 ・ 女 ・ 性別未決定			
出生体重		g		出生週数		在胎 週 日		出生時に住民登録をした所		( ) 都道府県 ( ) 市区町村			
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 %			
発病時期		年 月 頃		初診日		年 月 日							
就学・就労状況		就学前 ・ 小中学校( 通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級 ) ・ 特別支援学校( 小中学部 ・ 専攻科を含む高等部 ) ・ 高等学校(専攻科を含む) ・ 高等専門学校 ・ 専門学校／専修学校など ・ 大学(短期大学を含む) ・ 就労(就学中の就労も含む) ・ 未就学かつ未就労 ・ その他 ( )											
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		治癒 ・ 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													
症 状		消化器		下痢：[ なし ・ あり ]									
		皮膚・粘膜		顔面紅潮：[ なし ・ あり ]									
		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		消化器		下痢：[ なし ・ あり ]									
		皮膚・粘膜		顔面紅潮：[ なし ・ あり ]									
		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													
尿検査		尿中5-HIAA：( )mg/day											
血液検査		血清アルブミン：( )g/dL intact PTH：( )pg/mL				血清Ca：( )mg/dL セロトニン：( )ng/mL				血清Ca (補正值)：( )mg/dL			
画像検査		CTまたはMRI検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 部位：( ) 所見：( )				実施日：( 年 月 日 )							
		内視鏡検査 (消化管)：[ 未実施 ・ 実施 ] 所見：( )				実施日：( 年 月 日 )							
		画像検査 (その他)：[ 未実施 ・ 実施 ] 部位：( ) 所見：( )				実施日：( 年 月 日 )							
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													
尿検査		尿中5-HIAA：( )mg/day											
血液検査		セロトニン：( )ng/mL											
画像検査		CTまたはMRI検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 部位：( ) 所見：( )				実施日：( 年 月 日 )							
		内視鏡検査 (消化管)：[ 未実施 ・ 実施 ] 所見：( )				実施日：( 年 月 日 )							
		画像検査 (その他)：[ 未実施 ・ 実施 ] 部位：( ) 所見：( )				実施日：( 年 月 日 )							
検査所見 (その他)		検査所見 (その他)：( )											

受給者番号( ) 患者氏名( )

告示番号	41	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〉	2/2
その他の所見（申請時） ※直近の状況を記載						
合併症	合併症：[ なし ・ あり ] 詳細：( )					
経過（申請時） ※直近の状況を記載						
薬物療法	補充療法：[ なし ・ あり ] 詳細：( )					
	機能抑制療法：[ なし ・ あり ] 詳細：( )					
	薬物療法（その他）：( )					
手術	手術：[ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ] 実施日：(      年      月      日 ) 術式：( )					
治療	治療（その他）：( )					
今後の治療方針	今後の治療方針：( )					
	治療見込み期間（入院） 開始日：(      年      月      日 ) 終了日：(      年      月      日 )					
	治療見込み期間（外来） 開始日：(      年      月      日 ) 終了日：(      年      月      日 ) 通院頻度 (      )回／月					
医療機関・医師署名						
上記の通り診断します。						
医療機関名		記載年月日      年      月      日				
医療機関住所						
		診療科				
		医師名				
		小児慢性特定疾病 指定医番号 (      ) (印)				