

告示番号		14		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		33から36までに掲げるもののほか、クッシング（Cushing）症候群 (具体的な疾病名： )										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		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		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：( )															
		画像検査 (その他)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 部位：( ) 所見：( )															

受給者番号( ) 患者氏名( )

告示番号 **14** 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

検査所見（申請時） ※直近の状況を記載

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：( ) $\mu\text{g/day}$ ・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：( )
	画像検査（その他）：[ 未実施 ・ 実施 ]      実施日：(      年      月      日 ) 部位：( ) 所見：( )

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）：( )

[illegible]

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			(印)
	小児慢性特定疾病 指定医番号	(		)