

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〈継続申請用〉		1/2	
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"/> 継続 転出実施主体名			
受給者番号				受診日		年 月 日				<input type="checkbox"/> 転入 → ( )			
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 (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 (申請時) ※直近の状況を記載													
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): ( )											
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: ( )											
家族歴		本疾患の家族歴: [ なし ・ あり ・ 不明 ] 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: ( )											

受給者番号( ) 患者氏名( )

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〈継続申請用〉	2/2
薬物療法	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)					