

告示番号		6		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		3 下垂体性巨人症						受付種別		<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ( )			
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 (申請時) ※直近の状況を記載													
二次性徴 (Tanner分類)		二次性徴：[ なし ・ あり ] 思春期開始年齢：( 歳 か月 ) 乳房発育 (女子のみ)：[ I ・ II ・ III ・ IV ・ V ] 年齢 (発現時)：( 歳 か月 ) 陰毛発育 (男女共)：[ I ・ II ・ III ・ IV ・ V ] 年齢 (発現時)：( 歳 か月 ) 外生殖器発達 (男子のみ)：[ I ・ II ・ III ・ IV ・ V ] 年齢 (発現時)：( 歳 か月 ) 精巣容量：( )mL											
症 状	全身	著明な身長増加：[ なし ・ あり ] 高血圧：[ なし ・ あり ] 先端巨大：[ なし ・ あり ] 発汗過多：[ 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 ]											
	呼吸器・循環器	睡眠時無呼吸：[ なし ・ あり ]											
	精神・神経	頭痛：[ なし ・ あり ]											
	眼	視野障害：[ なし ・ あり ]											
	その他	咬合不全：[ なし ・ あり ] 症状 (その他)：( )											
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
骨年齢		骨年齢 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 骨年齢：( 歳 か月 )											
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・破壊：[ なし ・ あり ] 副副鼻腔の拡大：[ なし ・ あり ] 外後頭隆起の突出：[ なし ・ あり ] 下顎角の開大と下顎の突出：[ なし ・ あり ]											
		単純X線検査 (骨)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 手指末節骨の花キャベツ様肥大変形：[ なし ・ あり ] 足底部軟部組織厚 heel padの増大：[ 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 ]											
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：( )											
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)：( )											

受給者番号( ) 患者氏名( )

告示番号	6	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		
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 ( )								