

告示番号		66		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		86 84及び85に掲げるもののほか、多発性内分泌腫瘍 (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) 年 月 日			体重 (測定日)		kg (SD) 年 月 日			BMI			
												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		内分泌・代謝 内分泌腫瘍：褐色細胞腫：[なし ・ あり] 膵の神経内分泌腫瘍：[なし ・ あり] カルチノイド：[なし ・ あり] 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 内分泌腫瘍：褐色細胞腫：[なし ・ あり] 膵の神経内分泌腫瘍：[なし ・ あり] カルチノイド：[なし ・ あり] 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)：()													
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：()													

受給者番号() 患者氏名()

告示番号	66	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
画像検査	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]						
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	(印)		
				小児慢性特定疾病 指定医番号	()		