

告示番号 <b>11</b>		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	<b>33</b> クッシング (Cushing) 病			受付種別	<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ( )
保険情報	保険者番号 ( ) 被保険者記号 ( ) 被保険者番号 ( ) 被保険者個人単位枝番 ( )		資格取得年月日 年 月 日		
氏名	(セイメイ) (姓名)	以前の登録氏名 (変更のある場合)	(セイメイ) (姓名)		
住所	郵便番号 ( - ) 都道府県 ( ) 市区町村 ( ) 丁目番地等 ( )				
生年月日	年 月 日			性別	男性 ・ 女性 ・ 性別未決定
出生地	都道府県 ( ) 市区町村 ( )				
出生体重	g	出生週数	在胎 週 日		
発症時期	年 月 頃		記載時の年齢	満 歳 か月 日	
現在の身長・体重	身長 (測定日)	cm ( SD)		体重 (測定日)	kg ( SD)
	年 月 日	年 月 日		年 月 日	BMI 肥満度 %
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
	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					
最終受診日	( 年 月 日 )				
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 (申請時) ※直近の状況を記載					
負荷試験	CRH負荷試験: [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日: ( 年 月 日 )		ACTH基礎値: ( )pg/mL ACTH頂値: ( )pg/mL	
	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	白血球数: ( )/µL	好酸球: ( )%	総コレステロール: ( )mg/dL	血清K: ( )mEq/L	コルチゾール: ( )µg/dL ACTH: ( )pg/mL HbA <sub>1c</sub> : ( )%
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: [ 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 ]
	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 ]
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): ( )				

告示番号 <b>11</b> 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〉 <b>2/2</b>	
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
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 ( )
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
医療機関所在地	診断年月日 年 月 日
電話番号	診療科 医師名 小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年 月 日
公費負担者番号	
認定結果	[ 認定 ・ 不認定 ]
研究同意の有無	[ 有 ・ 無 ]
受給者番号	受給者番号 ( ) 有効期限 年 月 日
階層区分	[ 生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他 ]
保険情報	保険者番号 ( ) 被保険者記号 ( ) 被保険者番号 ( ) 被保険者個人単位枝番 ( ) 資格取得年月日 年 月 日