# 告示番号 11　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〉



| | | | |
|---|---|---|---|
| 病名 | 33 クッシング（Cushing）病 | 受付種別 | □ 継続　転出実施主体名<br>□ 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（　　）<br>資格取得年月日　　年　　月　　日 |
| 氏名 | （セイメイ）<br>（姓名）<br>以前の登録氏名（変更のある場合）<br>（セイメイ）<br>（姓名） |
| 住所 | 郵便番号（　　ー　　）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）　年　　月　　日<br>体重（測定日）　kg（　　SD）　年　　月　　日<br>BMI<br>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　なし ・ あり<br>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<br>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 ]<br>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 ]<br>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 ]<br>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）<br>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）<br>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）<br>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<br>コルチゾール：（　　）μg/dL　ACTH：（　　）pg/mL　$HbA_{1c}$：（　　）% |
| 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 ]<br>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 ]<br>詳細：（　　） |
| | 機能抑制療法：[ なし ・ あり ]<br>詳細：（　　） |
| | 薬物療法（その他）：（　　） |

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2025a-001

**告示番号 11**　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**

| | |
|---|---|
| 手術 | 手術：[　未実施　・　実施予定　・　実施済　]　実施日：（　　年　　月　　日　）<br>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　）<br>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）　・<br>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　・<br>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
医療機関所在地
電話番号

記載年月日　　年　　月　　日
診断年月日　　年　　月　　日

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　（　　）<br>被保険者番号　（　　）　被保険者個人単位枝番　（　　）<br>資格取得年月日　　年　　月　　日 |