

告示番号		10		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	34 異所性副腎皮質刺激ホルモン (ACTH) 産生症候群							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)			BMI				
		年	月	日		年	月	日	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					
	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	コルチゾール: ()µg/dL					ACTH: ()pg/mL							
画像検査	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]							
	画像検査 (その他): [未実施 ・ 実施]		実施日: (年 月 日)										
部位: ()													
所見: ()													
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 **10** 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) 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)
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 ()		
	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