

告示番号		12		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〉		1/3					
病名		35 副腎腺腫								受付種別		☐ 新規					
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)						以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓)							
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		治療 ・ 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																	
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) : ()															
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載																	
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 (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																	
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]																

	シンチグラフィ（副腎）：[未実施 ・ 実施]						実施日：(年 月 日)								
画像検査	所見：														
	画像検査（その他）：[未実施 ・ 実施]						実施日：(年 月 日)								
	部位：														
所見：															
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	シンチグラフィ（副腎）：[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：															
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）：														
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									
医療機関所在地						年 月 日									
電話番号						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 （ ）									

