

告示番号 13		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	36 副腎皮質結節性過形成			受付種別	<input type="checkbox"/> 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	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]		両側副腎皮質過形成: [なし ・ あり]					
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	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	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] 両側副腎皮質過形成: [なし ・ あり]
	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 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