

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		☐ 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 : ()															

