

告示番号		14		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		37 33から36までに掲げるもののほか、クッシング（Cushing）症候群										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															
具体的な疾病名		()						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（その他）：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 部位：() 所見：()													

