

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 (継続申請用) **1/2**

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	<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		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							
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): ()						
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				
尿検査	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): ()						

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 (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