

告示番号		41		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)		1/2	
病名	75 カルチノイド症候群							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	消化器	下痢: [なし ・ あり]											
	皮膚・粘膜	顔面紅潮: [なし ・ あり]											
	その他	症状 (その他): ()											
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
症状	消化器	下痢: [なし ・ あり]											
	皮膚・粘膜	顔面紅潮: [なし ・ あり]											
	その他	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													
尿検査	尿中5-HIAA: ()mg/day												
血液検査	血清アルブミン: ()g/dL			血清Ca: ()mg/dL			血清Ca (補正值): ()mg/dL						
	intact PTH: ()pg/mL			セロトニン: ()ng/mL									
画像検査	CTまたはMRI検査: [未実施 ・ 実施]			実施日: (年 月 日)									
	部位: ()												
	所見: ()												
画像検査	内視鏡検査 (消化管): [未実施 ・ 実施]			実施日: (年 月 日)									
	部位: ()												
	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 (その他)	検査所見 (その他): ()												
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
尿検査	尿中5-HIAA: ()mg/day												
血液検査	セロトニン: ()ng/mL												
画像検査	CTまたはMRI検査: [未実施 ・ 実施]			実施日: (年 月 日)									
	部位: ()												
	所見: ()												
画像検査	内視鏡検査 (消化管): [未実施 ・ 実施]			実施日: (年 月 日)									
	部位: ()												
	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 (その他)	検査所見 (その他): ()												

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