

告示番号		64		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	84 多発性内分泌腫瘍1型 (ウェルマー (Wermer) 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		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	内分泌・代謝	副甲状腺機能亢進症 (原発性): [なし ・ あり]					
		膵消化管内分泌腫瘍: ガストリノーマ: [なし ・ あり]		インスリノーマ: [なし ・ あり]		グルカゴノーマ: [なし ・ あり]	
		膵消化管内分泌腫瘍 (その他): ()					
		下垂体腺腫: プロラクチノーマ: [なし ・ あり]		GH産生腫瘍: [なし ・ あり]		ACTH産生腫瘍: [なし ・ あり]	
	下垂体腺腫 (非機能性): [なし ・ あり]		下垂体腺腫 (その他): ()				
腫瘍 (その他): 血管線維腫: [なし ・ あり]		コラゲノーマ: [なし ・ あり]		胸腺カルチノイド: [なし ・ あり]			
腫瘍 (その他): ()		腫瘍 (その他): ()					
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	内分泌・代謝	副甲状腺機能亢進症 (原発性): [なし ・ あり]					
		膵消化管内分泌腫瘍: ガストリノーマ: [なし ・ あり]		インスリノーマ: [なし ・ あり]		グルカゴノーマ: [なし ・ あり]	
		膵消化管内分泌腫瘍 (その他): ()					
		下垂体腺腫: プロラクチノーマ: [なし ・ あり]		GH産生腫瘍: [なし ・ あり]		ACTH産生腫瘍: [なし ・ あり]	
	下垂体腺腫 (非機能性): [なし ・ あり]		下垂体腺腫 (その他): ()				
腫瘍 (その他): 血管線維腫: [なし ・ あり]		コラゲノーマ: [なし ・ あり]		胸腺カルチノイド: [なし ・ あり]			
腫瘍 (その他): ()		腫瘍 (その他): ()					
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							
画像検査	超音波検査 (腹部): [未実施 ・ 実施]		実施日: (年 月 日)		所見: ()		
	単純X線検査 (骨): [未実施 ・ 実施]		実施日: (年 月 日)		部位: ()		
	MRI検査 (頭部): [未実施 ・ 実施]		実施日: (年 月 日)		所見: ()		
	MRI検査 (腹部): [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: ()		所見: ()					
遺伝学的検査	遺伝子検査: [未実施 ・ 実施]		実施日: (年 月 日)		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	
画像検査	超音波検査 (腹部): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()
	単純X線検査 (骨): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 部位: () 所見: ()
	MRI検査 (頭部): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()
	MRI検査 (腹部): [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: ()
遺伝学的検査	遺伝子検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 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: ()
家族歴	本疾患の家族歴: [なし ・ あり ・ 不明] 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