

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		☐ 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	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): ()															
	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): ()																
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): ()															
	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): ()																
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: ()															
	所見: ()															
画像検査	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	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): ()														

