

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〈継続申請用〉		1/2	
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		☐ 継続 転出実施主体名 ☐ 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				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													
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): ()											
		その他											
	その他	症状 (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: ()											

