

告示番号 65		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	85 多発性内分泌腫瘍2型 (シップル (Sipple) 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 日 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)
	年 月 日	年 月 日		年 月 日	BMI 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
	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)				
病型	MEN2A ・ MEN2B ・ 家族性甲状腺髄様癌 (FMTC)				
症状	全身	Marfan 症候群様体型: [なし ・ あり]			
	内分泌・代謝	副甲状腺機能亢進症 (原発性): [なし ・ あり]			
		内分泌腫瘍: 甲状腺髄様癌: [なし ・ あり]		褐色細胞腫: [なし ・ あり]	
		粘膜神経腫: [なし ・ あり]			
その他	内分泌腫瘍 (その他): ()				
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載					
症状	全身	Marfan 症候群様体型: [なし ・ あり]			
	内分泌・代謝	副甲状腺機能亢進症 (原発性): [なし ・ あり]			
		内分泌腫瘍: 甲状腺髄様癌: [なし ・ あり]		褐色細胞腫: [なし ・ あり]	
		粘膜神経腫: [なし ・ あり]			
その他	内分泌腫瘍 (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: ()				
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)		RET 遺伝子異常: [なし ・ あり]
所見 (その他): ()					
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: ()					

告示番号	65	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)	2/3
画像検査	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)			
	MRI検査 (腹部): [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)			
	所見: ()				
	MRI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)		RET 遺伝子異常: [なし ・ あり]	
	所見 (その他): ()				
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	卵巣腫瘍: [なし ・ あり]	皮膚アミロイド苔癬: [なし ・ あり]		Hirschsprung病: [なし ・ あり]	
	合併症 (その他): ()				
家族歴	一度近親者 (親、子、同胞) に確実な本疾患の診断: [なし ・ あり ・ 不明]				
	家系内に4人以上の甲状腺髄様癌患者 (かつ甲状腺髄様癌以外のMEN2 関連病変を有さない) の集積: [なし ・ あり ・ 不明]				
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