

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		☐ 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) 年 月 日		体重 (測定日)		kg (SD) 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		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)											
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]											
		内分泌腫瘍 (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	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]											
		内分泌腫瘍 (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：() 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：()							

2025a-001

3/3