

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〈継続申請用〉		1/2	
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		☐ 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) 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		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（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) 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）：()											

