

告示番号		9		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		32 偽性副甲状腺機能低下症（偽性偽性副甲状腺機能低下症を除く。）										受付種別		<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → （ ）	
受給者番号				受診日		年 月 日									
ふりがな 氏名 (Alphabet)						(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)									
生年月日		年 月 日		意見書記載時の年齢		歳 か月 日		性別		男 ・ 女 ・ 性別未決定					
出生体重		g		出生週数		在胎 週 日		出生時に住民登録をした所		() 都道府県 () 市区町村					
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 %					
発病時期		年 月 頃		初診日		年 月 日									
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 ()													
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															
症状		全身		低身長 (−2.0SD以下) : [なし ・ あり]											
		内分泌・代謝		肥満 : [なし ・ あり] 異所性石灰化 : [なし ・ あり]											
		筋・骨格		短指趾症 : [なし ・ あり]											
		精神・神経		テタニー : [なし ・ あり] 痙攣 : [なし ・ あり] 精神運動発達遅滞 : [なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明]											
		その他		症状 (その他) : ()											
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載															
負荷試験		Ellsworth-Howard検査 : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) P排泄増加 : [なし ・ あり] cAMP増加 : [なし ・ あり]													
尿検査		尿中クレアチニン : ()mg/dL 尿中マグネシウム : ()mg/dL				尿中カルシウム : ()mg/dL				尿中リン : ()mg/dL					
血液検査		血清アルブミン : ()g/dL 血清P : ()mg/dL 血清クレアチニン : ()mg/dL TSH : ()μIU/mL				ALP : ()U/L 血清Mg : ()mg/dL intact PTH : ()pg/mL free T ₄ : ()ng/dL				血清Ca : ()mg/dL BUN : ()mg/dL 25-OHビタミンD : ()ng/mL ・ 未実施					
画像検査		単純X線検査 (骨) : [未実施 ・ 実施] 所見 : ()				実施日 : (年 月 日)									
		CT検査 (頭部) : [未実施 ・ 実施] 所見 : ()				実施日 : (年 月 日)									
遺伝学的検査		遺伝子検査 : [未実施 ・ 実施] 所見 : ()				実施日 : (年 月 日)									
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 : ()													
		機能抑制療法 : [なし ・ あり] 詳細 : ()													
		薬物療法 (その他) : ()													
治療		治療 (その他) : ()													

受給者番号() 患者氏名()

告示番号	9	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〉										2/2		
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													
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	
医療機関住所														
						診療科								
						医師名			(印)					
						小児慢性特定疾病 指定医番号 ()								