

告示番号		8		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		31 偽性偽性副甲状腺機能低下症								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													
尿検査		尿中クレアチニン : () mg/dL				尿中カルシウム : () mg/dL							
血液検査		血清アルブミン : () g/dL				ALP : () U/L		血清Ca : () mg/dL					
		血清P : () mg/dL				血清Mg : () mg/dL		BUN : () mg/dL					
		血清クレアチニン : () mg/dL				intact PTH : () pg/mL							
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) : ()											
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											

受給者番号() 患者氏名()

告示番号 8

内分泌疾患 () 年度

小兒慢性特定疾病 医療意見書 〈継続申請用〉

2/2

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

医療機関住所

診療科

醫師名

小児慢性特定疾病 指定医番号 (

$$(\exists \mathcal{P})$$