

告示番号		85		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〉										1/2							
病名		38から41までに掲げるもののほか、慢性副腎皮質機能低下症（アジソン（Addison）病を含む。） (具体的な疾病名：)										受付種別		<input type="checkbox"/> 新規							
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		肥満度					
				年		月				日		年								月	
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 (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																					
症状		全身		易疲労性：[なし ・ あり] 哺乳力低下：[なし ・ あり] 体重増加不良：[なし ・ あり] 脱水：[なし ・ あり]																	
		内分泌・代謝		低血糖：[なし ・ あり]																	
		呼吸器・循環器		ショック：[なし ・ あり]																	
		消化器		悪心・嘔吐：[なし ・ あり] 腹痛：[なし ・ あり]																	
		皮膚・粘膜		色素沈着：[なし ・ あり]																	
		精神・神経		意識障害：[なし ・ あり ・ 不明]																	
		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		易疲労性：[なし ・ あり] 哺乳力低下：[なし ・ あり] 体重増加不良：[なし ・ あり] 脱水：[なし ・ あり]																	
		内分泌・代謝		低血糖：[なし ・ あり]																	
		呼吸器・循環器		ショック：[なし ・ あり]																	
		消化器		悪心・嘔吐：[なし ・ あり] 腹痛：[なし ・ あり]																	
		皮膚・粘膜		色素沈着：[なし ・ あり]																	
		精神・神経		意識障害：[なし ・ あり ・ 不明]																	
		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																					
血液検査		血清Na：()mEq/L 血清K：()mEq/L 血清Cl：()mEq/L ACTH：()pg/mL コルチゾール：()μg/dL DHEA-S：()ng/mL ・ μg/dL 血糖値 (随時)：()mg/dL 血漿レニン活性 (PRA)：()ng/mL/hr ・ 未実施 血漿レニン定量 (活性型)：()pg/mL ・ 未実施 血漿アルドステロン：()pg/mL ・ 未実施 抗副腎皮質抗体：() 抗副腎皮質抗体：()倍・未実施																			
画像検査		超音波検査またはCTまたはMRI検査 (腹部)：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 副腎低形成：[なし ・ あり]																			
遺伝学的検査		染色体検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()																			
		遺伝子検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()																			

受給者番号() 患者氏名()

告示番号		85		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〉		2/2	
検査所見（申請時） ※直近の状況を記載													
血液検査		血清Na：()mEq/L 血清K：()mEq/L 血清Cl：()mEq/L ACTH：()pg/mL コルチゾール：()μg/dL DHEA-S：()ng/mL ・ μg/dL 血糖値（随時）：()mg/dL 血漿レニン活性（PRA）：()ng/mL/hr ・ 未実施 血漿レニン定量（活性型）：()pg/mL ・ 未実施 血漿アルドステロン：()pg/mL ・ 未実施 抗副腎皮質抗体：() 抗副腎皮質抗体：()倍・未実施											
画像検査		超音波検査またはCTまたはMRI検査（腹部）：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 副腎低形成：[なし ・ あり]											
遺伝学的検査		染色体検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()											
		遺伝子検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()											
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：()											
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											
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 ()													