

告示番号		86		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		44 見かけの鉱質コルチコイド過剰症候群 (AME 症候群)						受付種別		<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名			
受給者番号				受診日		年 月 日				<input type="checkbox"/> 転入 → ()			
ふりがな						(変更があった場合)							
氏名						ふりがな							
(Alphabet)						(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													
身体所見		血圧：収縮期：() mmHg 拡張期：() mmHg 実施日：(年 月 日)											
症状	全身	低身長 (-2.0SD 以下) : [なし ・ あり] 多飲 : [なし ・ あり]											
	腎・泌尿器	多尿 : [なし ・ あり]											
	消化器	悪心・嘔吐 : [なし ・ あり]											
	筋・骨格	筋力低下 : [なし ・ あり]											
	精神・神経	頭痛 : [なし ・ あり] 四肢麻痺 : [なし ・ あり ・ 不明] しびれ : [なし ・ あり]											
	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		尿中アルドステロン : () µg/day 尿中コルチゾール / コルチゾン代謝産物比 : ()											
血液検査		血清 Na : () mEq/L		血清 K : () mEq/L		血清 Cl : () mEq/L		BUN : () mg/dL					
		血清クレアチニン : () mg/dL		ACTH : () pg/mL		コルチゾール : () µg/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											
血液ガス分析		pH : ()											
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) 副腎腺腫 : [なし ・ あり]											
遺伝学的検査		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 : ()											
出生歴		子宮内発育遅延 : [なし ・ あり]											
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) : ()											

受給者番号() 患者氏名()

告示番号	86	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 ()									