

告示番号		36		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		30 自己免疫性多内分泌腺症候群 2型										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		易疲労性：[ なし ・ あり ] 多飲：[ なし ・ あり ] 浮腫：[ なし ・ あり ]																	
		内分泌・代謝		甲状腺腫：[ なし ・ あり ]																	
		腎・泌尿器		多尿：[ なし ・ あり ]																	
		精神・神経		集中力低下：[ 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		尿中遊離コルチゾール：( )μg/day ・ 未実施 尿検査 (その他)：( )																			
血液検査		TSH：( )μIU/mL free T <sub>3</sub> ：( )pg/mL free T <sub>4</sub> ：( )ng/dL 抗甲状腺ペルオキシダーゼ抗体 (TPOAb)：( )U/mL 抗サイログロブリン抗体 (TgAb)：( )U/mL 抗TSH受容体抗体 (TRAb)：( )IU/L																			
		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 コルチゾール：( )μg/dL ACTH：( )pg/mL DHEA-S：( )ng/mL ・ μg/dL																			
		HbA <sub>1c</sub> ：( )% 血糖値 (随時)：( )mg/dL GAD抗体：( )U/mL ・ 未実施 インスリン (IRI)：( )μU/mL 採血タイミング：[ 空腹時 ・ 食後 ]																			
		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		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																			

受給者番号( ) 患者氏名( )

告示番号 36

## 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

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 (

(EP)