

告示番号		87		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		45 リドル (Liddle) 症候群								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													
身体所見		血圧：収縮期：() mmHg 拡張期：() mmHg 実施日：(年 月 日)											
症状	全身	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											
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											
		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) 副腎腫瘍：[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：()											
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											

2021a-001