

病名	10 抗利尿ホルモン (ADH) 不適切分泌症候群					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	
	年	月	日	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(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										
診断	原疾患:[なし・あり] 原疾患名:()									
身体所見	血圧:収縮期:()mmHg 拡張期:()mmHg 実施日:(年 月 日)									
症状	全身	哺乳力低下:[なし・あり]			脱水:[なし・あり]			浮腫:[なし・あり]		
	消化器	悪心・嘔吐:[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										
身体所見	血圧:収縮期:()mmHg 拡張期:()mmHg 実施日:(年 月 日)									
症状	全身	哺乳力低下:[なし・あり]			脱水:[なし・あり]			浮腫:[なし・あり]		
	消化器	悪心・嘔吐:[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										
尿検査	尿蛋白(定性):[-・±・1+・2+・3+・4+]					尿潜血(定性):[-・±・1+・2+・3+]				
		尿浸透圧:()mOsm/kg・H ₂ O			尿中ナトリウム:()mEq/L					
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	血清尿酸:()mg/dL	血漿抗利尿ホルモン:()pg/mL							
	血清浸透圧:()mOsm/kg・H ₂ O	血漿レニン活性(PRA):()ng/mL/hr		未実施	コルチゾール:()μg/dL					
画像検査	CTまたはMRI検査(頭部):[未実施・実施]					実施日:(年 月 日)		下垂体腺腫:[なし・あり]		
検査所見(申請時) ※直近の状況を記載										
尿検査	尿蛋白(定性):[-・±・1+・2+・3+・4+]					尿潜血(定性):[-・±・1+・2+・3+]				
		尿浸透圧:()mOsm/kg・H ₂ O			尿中ナトリウム:()mEq/L					
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	血清尿酸:()mg/dL	血漿抗利尿ホルモン:()pg/mL							
	血清浸透圧:()mOsm/kg・H ₂ O	血漿レニン活性(PRA):()ng/mL/hr		未実施	コルチゾール:()μg/dL					
画像検査	CTまたはMRI検査(頭部):[未実施・実施]					実施日:(年 月 日)		下垂体腺腫:[なし・あり]		
その他の所見(申請時) ※直近の状況を記載										
合併症	中枢神経疾患:[なし・あり] 疾患名:()									
	内分泌疾患:[なし・あり] 疾患名:()									

合併症	肺疾患: [なし ・ あり] 疾患名: ()
	薬剤性: [なし ・ あり] 原因薬剤名: ()
	合併症 (その他): ()

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): ()

水分制限	水分制限: [なし ・ あり]
------	-------------------

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	()