

告示番号		75		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	11 中枢性尿崩症							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:()												
病型	病型 (中枢性尿崩症): [特発性 ・ 家族性 ・ 続発性]												
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]			体重増加不良:[なし ・ あり]			多飲:[なし ・ あり]		脱水:[なし ・ あり]			
	腎・泌尿器	多尿:[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]											
	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]			体重増加不良:[なし ・ あり]			多飲:[なし ・ あり]		脱水:[なし ・ あり]			
	腎・泌尿器	多尿:[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]											
	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													
負荷試験	パソプレシン負荷試験 (水溶性ピトレスイン5単位皮下注後30分ごとに2時間採尿): [未実施 ・ 実施] 尿量減少:[なし ・ あり] 尿浸透圧:()mOsm/kg												
	水制限試験:[未実施 ・ 実施] 実施日:(年 月 日) 最大血清浸透圧:()mOsm/kg・H ₂ O 最大尿浸透圧:()mOsm/kg・H ₂ O ADH頂値:()pg/mL												
	高張食塩水負荷試験:[未実施 ・ 実施] 実施日:(年 月 日) 最大血清浸透圧:()mOsm/kg・H ₂ O 最大尿浸透圧:()mOsm/kg・H ₂ O ADH頂値:()pg/mL												
尿検査	尿浸透圧:()mOsm/kg・H ₂ O			尿浸透圧 (AVPまたはDDAVP投与後):()mOsm/kg・H ₂ O 尿中ナトリウム:()mEq/L									

告示番号 **75** 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**

血液検査	血清Na : () mEq/L BUN : () mg/dL 血漿抗利尿ホルモン : () pg/mL	血清K : () mEq/L 血清クレアチニン : () mg/dL 血清浸透圧 : () mOsm/kg・H ₂ O	血清Cl : () mEq/L 血清尿酸 : () mg/dL 血清浸透圧 : () mOsm/kg・H ₂ O	血清Ca : () mg/dL 血清尿酸 : () mg/dL コルチゾール : () μg/dL
------	--	---	--	--

画像検査	画像検査 : [未実施 ・ 実施] 検査名 : () 所見 : ()	実施日 : (年 月 日)
------	--	-----------------

検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載

負荷試験	パンプレシン負荷試験 (水溶性ピトレスイン5単位皮下注後30分ごとに2時間採尿) : [未実施 ・ 実施] 尿量減少 : [なし ・ あり] 尿浸透圧 : () mOsm/kg
	水制限試験 : [未実施 ・ 実施] 最大血清浸透圧 : () mOsm/kg・H ₂ O ADH頂値 : () pg/mL
	高張食塩水負荷試験 : [未実施 ・ 実施] 最大血清浸透圧 : () mOsm/kg・H ₂ O ADH頂値 : () pg/mL

尿検査	尿浸透圧 : () mOsm/kg・H ₂ O 尿中ナトリウム : () mEq/L	尿浸透圧 (AVPまたはDDAVP投与後) : () mOsm/kg・H ₂ O
-----	--	--

血液検査	血清Na : () mEq/L BUN : () mg/dL 血漿抗利尿ホルモン : () pg/mL	血清K : () mEq/L 血清クレアチニン : () mg/dL 血清浸透圧 : () mOsm/kg・H ₂ O	血清Cl : () mEq/L 血清尿酸 : () mg/dL 血清浸透圧 : () mOsm/kg・H ₂ O	血清Ca : () mg/dL 血清尿酸 : () mg/dL コルチゾール : () μg/dL
------	--	---	--	--

画像検査	画像検査 : [未実施 ・ 実施] 検査名 : () 所見 : ()	実施日 : (年 月 日)
------	--	-----------------

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] 術式 : ()	実施日 : (年 月 日)
----	---------------------------------------	-----------------

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	
	小児慢性特定疾病 指定医番号 ()		