

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 (継続申請用)		1/2	
病名	11 中枢性尿崩症							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		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	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 (申請時) ※直近の状況を記載													
負荷試験	パソプレシン負荷試験 (水溶性ピトレスリン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												
血液検査	血清Na：()mEq/L 血清K：()mEq/L 血清Cl：()mEq/L 血清Ca：()mg/dL 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 コルチゾール：()μg/dL												
画像検査	画像検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 検査名：() 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

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 ()