

告示番号 **73** 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)

病名	<b>12 口渇中枢障害を伴う高ナトリウム血症 (本態性高ナトリウム血症)</b>			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

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 ) 体重減少：[ なし ・ あり ] 低血圧：[ なし ・ あり ] 口渇：[ なし ・ あり ] 脱水：[ なし ・ あり ] 皮膚ツルゴール低下：[ なし ・ あり ] 他に高ナトリウム血症を来す明らかな原因がない：[ 非該当 ・ 該当 ]
------	---

検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載	尿検査 尿浸透圧：( ) mOsm/kg・H <sub>2</sub> 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 <sub>2</sub> O 尿中クレアチニン：( ) mg/dL 血液検査 ヘマトクリット ( Ht )：( ) % 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 <sub>2</sub> O BNP：( ) pg/mL・未実施
----------------------	---

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	( 印 )
	小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )	