

告示番号		74		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	13 腎性尿崩症							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	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													
身体所見	血圧：収縮期：()mmHg 拡張期：()mmHg 実施日：(年 月 日) 体表面積：()m ²												
症状	全身	不明熱：[なし ・ あり]			体重減少：[なし ・ あり]			低血圧：[なし ・ あり]			口渇：[なし ・ あり]		
		多飲：[なし ・ あり]			脱水 (高張性)：[なし ・ あり]			皮膚ツルゴール低下：[なし ・ あり]					
	腎・泌尿器	多尿：[なし ・ あり]											
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) 体表面積：()m ²												
症状	全身	不明熱：[なし ・ あり]			体重減少：[なし ・ あり]			低血圧：[なし ・ あり]			口渇：[なし ・ あり]		
		多飲：[なし ・ あり]			脱水 (高張性)：[なし ・ あり]			皮膚ツルゴール低下：[なし ・ あり]					
	腎・泌尿器	多尿：[なし ・ あり]											
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	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												
尿検査	一日尿量 (実測)：()mL/日			一日尿量 (体表面積当)：()mL/m ² /日 ・ 未実施			尿蛋白 (定性)：[- ・ ± ・ 1+ ・ 2+ ・ 3+ ・ 4+]			尿潜血 (定性)：[- ・ ± ・ 1+ ・ 2+ ・ 3+]			
	尿沈渣：[異常なし ・ 異常あり] 所見：()												
	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						
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			
	血清Ca：()mg/dL			血清クレアチニン：()mg/dL			血清抗利尿ホルモン：()pg/mL			BUN：()mg/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)			頭蓋内石灰化：[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)						
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載	一日尿量 (実測)：()mL/日 一日尿量 (体表面積当)：()mL/m ² /日 ・ 未実施 尿蛋白 (定性)：[- ・ ± ・ 1+ ・ 2+ ・ 3+ ・ 4+] 尿潜血 (定性)：[- ・ ± ・ 1+ ・ 2+ ・ 3+] 尿沈渣：[異常なし ・ 異常あり] 所見：() 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												

告示番号 **74** 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	ヘマトクリット (Ht) : () % 血清 Cl : () mEq/L 血清クレアチニン : () mg/dL	血清 Na : () mEq/L 血清 Ca : () mg/dL 血漿抗利尿ホルモン : () pg/mL	血清 K : () mEq/L BUN : () mg/dL 血清浸透圧 : () mOsm/kg · H ₂ O
画像検査	CTまたはMRI検査 (頭部) : [未実施 ・ 実施]		実施日 : (年 月 日) 頭蓋内石灰化 : [なし ・ あり]
遺伝学的検査	遺伝子検査 : [未実施 ・ 実施] 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 : ()		
家族歴	本疾患の家族歴 : [なし ・ あり ・ 不明] 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 : ()		
	常用薬 : ()		
	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 ()		