

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 (継続申請用)		1/2	
病名	13 腎性尿崩症							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							(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)						
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 (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 <sup>2</sup>												
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 (申請時) ※直近の状況を記載													
尿検査	一日尿量 (実測)：( ) mL/日 一日尿量 (体表面積当)：( ) mL/m <sup>2</sup> /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 <sub>2</sub> O					尿浸透圧 (AVP または DDAVP 投与後)：( ) mOsm/kg・H <sub>2</sub> 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			BUN：( ) mg/dL						
	血清クレアチニン：( ) 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						
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 )							
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：( )												
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 )
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 (				