

病名	14 中枢性塩喪失症候群					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										
症状	全身	体重減少:[なし・あり] 低血圧:[なし・あり] 脱水:[なし・あり] 皮膚ツルゴール低下:[なし・あり] 他に低ナトリウム血症を来す明らかな原因がない:[非該当・該当]								
	その他	症状(その他):()								
臨床所見(申請時) ※直近の状況を記載										
症状	全身	体重減少:[なし・あり] 低血圧:[なし・あり] 脱水:[なし・あり] 皮膚ツルゴール低下:[なし・あり] 他に低ナトリウム血症を来す明らかな原因がない:[非該当・該当]								
	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										
尿検査	尿浸透圧:()mOsm/kg・H ₂ O 尿中ナトリウム:()mEq/L 尿中クレアチニン:()mg/dL Na摂取と排泄のバランス:[マイナス・プラス・不明]									
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 BNP:()pg/mL・未実施									
画像検査	CTまたはMRI検査(頭部):[未実施・実施] 実施日:()年()月()日 所見:()									
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 ₂ O 尿中ナトリウム:()mEq/L 尿中クレアチニン:()mg/dL Na摂取と排泄のバランス:[マイナス・プラス・不明]									
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 BNP:()pg/mL・未実施									
画像検査	CTまたはMRI検査(頭部):[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:()									
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 ()