

告示番号		78		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	26 副甲状腺機能亢進症					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		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										
症状	全身	易疲労性:[ なし・あり ]									
	腎・泌尿器	肉眼的血尿:[ なし・あり ]			排尿痛:[ なし・あり ]		多尿:[ なし・あり ]				
	消化器	腹痛:[ 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										
症状	全身	易疲労性:[ なし・あり ]									
	腎・泌尿器	肉眼的血尿:[ なし・あり ]			排尿痛:[ なし・あり ]		多尿:[ なし・あり ]				
	消化器	腹痛:[ 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											
尿検査	尿中クレアチニン:( )mg/dL					尿中カルシウム:( )mg/dL					
血液検査	血清アルブミン:( )g/dL		ALP:( )U/L			血清Ca:( )mg/dL					
	血清P:( )mg/dL		血清Mg:( )mg/dL			BUN:( )mg/dL					
	血清クレアチニン:( )mg/dL		intact PTH:( )pg/mL			1,25-(OH) <sub>2</sub> ビタミンD:( )pg/mL					
	25-OHビタミンD:( )ng/mL		未実施								
骨塩定量検査	骨塩定量検査(DEXA法):[ 未実施・実施 ]					実施日:( )年 月 日					
	部位:[ 腰椎・その他 ]		骨密度:( )g/cm <sup>2</sup>			同年齢比較:( )%					
画像検査	超音波検査(腎・尿路):[ 未実施・実施 ]					実施日:( )年 月 日					
	所見:( )										
	単純X線検査(骨):[ 未実施・実施 ]					実施日:( )年 月 日					
所見:( )											
CT検査(腹部):[ 未実施・実施 ]					実施日:( )年 月 日						
所見:( )											
遺伝学的検査	遺伝子検査:[ 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	尿中クレアチニン:( )mg/dL					尿中カルシウム:( )mg/dL					
血液検査	血清アルブミン:( )g/dL		ALP:( )U/L			血清Ca:( )mg/dL					
	血清P:( )mg/dL		血清Mg:( )mg/dL			BUN:( )mg/dL					
	血清クレアチニン:( )mg/dL		intact PTH:( )pg/mL			1,25-(OH) <sub>2</sub> ビタミンD:( )pg/mL					
	25-OHビタミンD:( )ng/mL		未実施								

骨塩定量検査	骨塩定量検査 (DEXA法) : [ 未実施 ・ 実施 ] 部位 : [ 腰椎 ・ その他 ]	実施日 : (      年      月      日 ) 骨密度 : (      )g/cm <sup>2</sup> 同年齢比較 : (      )%
画像検査	超音波検査 (腎・尿路) : [ 未実施 ・ 実施 ] 所見 : (      )	実施日 : (      年      月      日 )
	単純X線検査 (骨) : [ 未実施 ・ 実施 ] 所見 : (      )	実施日 : (      年      月      日 )
	CT検査 (腹部) : [ 未実施 ・ 実施 ] 所見 : (      )	実施日 : (      年      月      日 )
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 : (      )	
	薬物療法 (その他) : (      )	
手術	手術 : [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ] 術式 : (      )	実施日 : (      年      月      日 )
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 (      )