

告示番号		80		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	27 副甲状腺欠損症							受付種別	<input type="checkbox"/> 新規				
保険情報	保険者番号 ()		被保険者記号 ()		被保険者番号 ()		被保険者個人単位枝番 ()						
	資格取得年月日		年	月	日								
氏名	(セイメイ) (姓)			以前の登録氏名 (変更のある場合)			(セイメイ) (姓)						
住所	郵便番号 (-)		都道府県 ()		市区町村 ()		丁目番地等 ()						
生年月日	年		月	日	性別		男性 ・ 女性 ・ 性別未決定						
出生地	都道府県 ()		市区町村 ()										
出生体重	g		出生週数		在胎 週		日						
発症時期	年		月	頃	記載時の年齢		満 歳		か月			日	
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	%			
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	治療 ・ 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													
最終受診日	(年 月 日)												
身体所見	血圧：収縮期：()mmHg		拡張期：()mmHg		実施日：(年 月 日)								
症状	呼吸器・循環器	心雑音：[なし ・ あり]											
	精神・神経	テタニー：[なし ・ あり]		痙攣：[なし ・ あり]									
		精神運動発達遅滞：[なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明]											
	耳鼻咽喉	難聴：[なし ・ あり]											
	眼	視力障害：[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	呼吸器・循環器	心雑音：[なし ・ あり]											
	精神・神経	テタニー：[なし ・ あり]		痙攣：[なし ・ あり]									
		精神運動発達遅滞：[なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明]											
	耳鼻咽喉	難聴：[なし ・ あり]											
	眼	視力障害：[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) ₂ ビタミンD：()pg/mL								
	25-OHビタミンD：()ng/mL		未実施										
画像検査	単純X線検査 (骨)：[未実施 ・ 実施]			実施日：(年 月 日)									
	所見：()												
画像検査	CT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) ₂ ビタミンD：()pg/mL								
	25-OHビタミンD：()ng/mL		未実施										

告示番号	80	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
画像検査	単純X線検査 (骨): [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)	所見: ()	
	CT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: ()		
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]	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
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 ()			
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	
医療機関所在地		診断年月日	年 月 日	
電話番号		診療科		
		医師名		
		小児慢性特定疾病 指定医番号 ()

・ 診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年 月 日
公費負担者番号	
認定結果	[認定 ・ 不認定]
研究同意の有無	[有 ・ 無]
受給者番号	受給者番号 () 有効期限 年 月 日
階層区分	[生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 年 月 日