

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				
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：()mmH		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：()mmH		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：()										
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			
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 ()	