

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 (継続申請用)		1/2	
病名	27 副甲状腺欠損症							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 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			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)								
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 (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												
画像検査	単純X線検査 (骨)：[未実施 ・ 実施]		実施日：(年 月 日)										
	CT検査 (頭部)：[未実施 ・ 実施]		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] 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 (