

告示番号		79		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	28 副甲状腺機能低下症 (副甲状腺欠損症を除く。)					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	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] □周囲や手足などのしびれ、知覚障害:[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	特徴的な顔貌:[なし・あり] 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] □周囲や手足などのしびれ、知覚障害:[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	特徴的な顔貌:[なし・あり] 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:()									
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							

告示番号 **79** 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**

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：()
遺伝学的検査	遺伝子検査：[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 医療機関住所	記載年月日 年 月 日 診療科 医師名 小児慢性特定疾病 指定医番号 ()