

病名	29 自己免疫性多内分泌腺症候群 1型					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	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											
症状	全身	易疲労性:[なし・あり]									
	皮膚・粘膜	粘膜皮膚カンジダ症:[なし・あり]									
	精神・神経	テタニー:[なし・あり]				痙攣:[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											
症状	全身	易疲労性:[なし・あり]									
	皮膚・粘膜	粘膜皮膚カンジダ症:[なし・あり]									
	精神・神経	テタニー:[なし・あり]				痙攣:[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	尿中遊離コルチゾール:()µg/day・未実施 尿検査(その他):()										
血液検査	血清Ca:()mg/dL 血清P:()mg/dL BUN:()mg/dL 血清クレアチニン:()mg/dL intact PTH:()pg/mL コルチゾール:()µg/dL ACTH:()pg/mL DHEA-S:()ng/mL・µg/dL 血漿レニン活性(PRA):()ng/mL/hr・未実施 血漿レニン定量(活性型):()pg/mL・未実施 血漿アルドステロン:()pg/mL・未実施 抗1型インターフェロン抗体:() 抗NALP5抗体:() 抗17α水酸化酵素抗体:() 抗21水酸化酵素抗体:() 抗側鎖分解酵素抗体:() 抗副腎皮質抗体:()倍・未実施										
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(その他)	検査所見(その他):()										
検査所見(申請時) ※直近の状況を記載											
尿検査	尿中遊離コルチゾール:()µg/day・未実施 尿検査(その他):()										
血液検査	血清Ca:()mg/dL 血清P:()mg/dL BUN:()mg/dL 血清クレアチニン:()mg/dL intact PTH:()pg/mL コルチゾール:()µg/dL ACTH:()pg/mL DHEA-S:()ng/mL・µg/dL 血漿レニン活性(PRA):()ng/mL/hr・未実施 血漿レニン定量(活性型):()pg/mL・未実施 血漿アルドステロン:()pg/mL・未実施										

血液検査	抗1型インターフェロン抗体：() 抗NALP5抗体：() 抗17α水酸化酵素抗体：() 抗21水酸化酵素抗体：() 抗側鎖分解酵素抗体：() 抗副腎皮質抗体：()倍 ・ 未実施
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（その他）	検査所見（その他）：()
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：()
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 (印)
	小児慢性特定疾病 指定医番号 ()