

告示番号		35		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	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			
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 )									
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									
	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									

告示番号	35	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	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					
	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