

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 (継続申請用)		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"/> 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		
	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(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(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									
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):()									

受給者番号 ()

患者氏名 ()

2021a-001

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 (継続申請用) **2/2**

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 ()			