

告示番号		36		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	30 自己免疫性多内分泌腺症候群 2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]		多飲:[なし・あり]		浮腫:[なし・あり]					
	内分泌・代謝	甲状腺腫:[なし・あり]									
	腎・泌尿器	多尿:[なし・あり]									
	精神・神経	集中力低下:[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]		多飲:[なし・あり]		浮腫:[なし・あり]					
	内分泌・代謝	甲状腺腫:[なし・あり]									
	腎・泌尿器	多尿:[なし・あり]									
	精神・神経	集中力低下:[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	TSH:()μIU/mL		free T ₃ :()pg/mL		free T ₄ :()ng/dL						
	抗甲状腺ペルオキシダーゼ抗体(TPOAb):()U/mL			抗サイログロブリン抗体(TgAb):()U/mL							
	抗TSH受容体抗体(TRAb):()IU/L										
	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		コルチゾール:()μg/dL		ACTH:()pg/mL		DHEA-S:()ng/mL ・ μg/dL					
HbA _{1c} :()%		血糖値(随時):()mg/dL		GAD抗体:()U/mL ・ 未実施							
インスリン(IRI):()μU/mL		採血タイミング:[空腹時・食後]									
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	TSH:()μIU/mL		free T ₃ :()pg/mL		free T ₄ :()ng/dL						
	抗甲状腺ペルオキシダーゼ抗体(TPOAb):()U/mL			抗サイログロブリン抗体(TgAb):()U/mL							
	抗TSH受容体抗体(TRAb):()IU/L										
	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		コルチゾール:()μg/dL		ACTH:()pg/mL		DHEA-S:()ng/mL ・ μg/dL					

告示番号 **36** 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	HbA _{1c} : ()% インスリン (IRI): ()μU/mL	血糖値 (随時): ()mg/dL 採血タイミング: [空腹時 ・ 食後]	GAD抗体: ()U/mL ・ 未実施
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
小児慢性特定疾病 指定医番号 ()