

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 (継続申請用)		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"/> 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)・未就労かつ未就労 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]		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(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(TRAAb):()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):()										
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				

受給者番号 ()

患者氏名 ()

2021a-001

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〈継続申請用〉

2/2

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 ()