

告示番号		8		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	31 偽性偽性副甲状腺機能低下症					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
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	低身長(-2.0SD以下): [なし・あり]					
	内分泌・代謝	肥満: [なし・あり]			異所性石灰化: [なし・あり]		
	筋・骨格	短指趾症: [なし・あり]					
	精神・神経	テタニー: [なし・あり]		痙攣: [なし・あり]			
	精神運動発達遅滞: [なし・境界・軽度・中等度・重度・最重度・不明]						
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	低身長(-2.0SD以下): [なし・あり]					
	内分泌・代謝	肥満: [なし・あり]			異所性石灰化: [なし・あり]		
	筋・骨格	短指趾症: [なし・あり]					
	精神・神経	テタニー: [なし・あり]		痙攣: [なし・あり]			
	精神運動発達遅滞: [なし・境界・軽度・中等度・重度・最重度・不明]						
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							
負荷試験	Ellsworth-Howard検査: [未実施・実施]		実施日: () 年 () 月 () 日		P排泄増加: [なし・あり]		
尿検査	尿中クレアチニン: () mg/dL			尿中カルシウム: () mg/dL			
血液検査	血清アルブミン: () g/dL		ALP: () U/L		血清Ca: () mg/dL		
	血清P: () mg/dL		血清Mg: () mg/dL		BUN: () mg/dL		
	血清クレアチニン: () mg/dL		intact PTH: () pg/mL				
画像検査	単純X線検査(骨): [未実施・実施]		実施日: () 年 () 月 () 日		所見: ()		
	CT検査(頭部): [未実施・実施]		実施日: () 年 () 月 () 日		所見: ()		
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(申請時) ※直近の状況を記載							
尿検査	尿中クレアチニン: () mg/dL			尿中カルシウム: () mg/dL			
血液検査	血清アルブミン: () g/dL		ALP: () U/L		血清Ca: () mg/dL		
	血清P: () mg/dL		血清Mg: () mg/dL		BUN: () mg/dL		
	血清クレアチニン: () mg/dL		intact PTH: () pg/mL				

告示番号	8	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
画像検査	単純X線検査 (骨) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : (年 月 日)	所見 : ()		
	CT検査 (頭部) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : (年 月 日)	所見 : ()		
遺伝学的検査	遺伝子検査 : [未実施 ・ 実施]	実施日 : (年 月 日)	所見 : ()		
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 : ()			
家族歴	本疾患の家族歴 : [なし ・ あり ・ 不明]	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) :	()			
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
医療機関住所					年 月 日
					診療科
					医師名
					小児慢性特定疾病 指定医番号 ()