

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 (継続申請用)		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"/> 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	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]				
	その他	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(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							
画像検査	単純X線検査(骨): [未実施・実施]				実施日: () 年 月 日 ()					
	CT検査(頭部): [未実施・実施]				実施日: () 年 月 日 ()					
遺伝学的検査	遺伝子検査: [未実施・実施]				実施日: () 年 月 日 ()					
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
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 ()