

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 → ()			
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 年 月 日									
氏名	(セイメイ) (姓名)			以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓名)				
住所	郵便番号 (-) 都道府県 () 市区町村 () 丁目番地等 ()									
生年月日	年 月 日					性別	男性 ・ 女性 ・ 性別未決定			
出生地	都道府県 () 市区町村 ()									
出生体重	g	出生週数		在胎 週 日						
発症時期	年 月 頃		記載時の年齢		満 歳 か月 日					
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	%
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										
最終受診日	(年 月 日)									
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 (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)					
	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			

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 ()				
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
医療機関所在地		診断年月日	年	月	日
電話番号		診療科			
		医師名			
		小児慢性特定疾病 指定医番号	()

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年 月 日
公費負担者番号	
認定結果	[認定 ・ 不認定]
研究同意の有無	[有 ・ 無]
受給者番号	受給者番号 () 有効期限 年 月 日
階層区分	[生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 年 月 日