

告示番号		9		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	32 偽性副甲状腺機能低下症 (偽性偽性副甲状腺機能低下症を除く。)					受付種別	<input type="checkbox"/> 新規
受給者番号		受診日	年	月	日		
ふりがな						(変更があった場合)	
氏名						ふりがな	
(Alphabet)						以前の登録氏名	
(Alphabet)						(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	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 ] cAMP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		尿中リン: ( ) mg/dL		
	尿中マグネシウム: ( ) 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		25-OHビタミンD: ( ) ng/mL ・ 未実施		
	TSH: ( ) μIU/mL		free T <sub>4</sub> : ( ) ng/dL				
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							
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 ] cAMP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		尿中リン: ( ) mg/dL		
	尿中マグネシウム: ( ) mg/dL						

告示番号	9		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	血清アルブミン：( )g/dL 血清P：( )mg/dL 血清クレアチニン：( )mg/dL TSH：( )μIU/mL	ALP：( )U/L 血清Mg：( )mg/dL intact PTH：( )pg/mL free T <sub>4</sub> ：( )ng/dL	血清Ca：( )mg/dL BUN：( )mg/dL 25-OHビタミンD：( )ng/mL	・ 未実施				
画像検査	単純X線検査 (骨)：[ 未実施 ・ 実施 ] 所見：( )	実施日：( ) 年 ( ) 月 ( ) 日						
	CT検査 (頭部)：[ 未実施 ・ 実施 ] 所見：( )	実施日：( ) 年 ( ) 月 ( ) 日						
遺伝学的検査	遺伝子検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 所見：( )	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			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	( )				