

病名	38 副腎皮質刺激ホルモン (ACTH) 単独欠損症			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 日	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	治療 ・ 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

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	哺乳力低下: [なし ・ あり]	体重増加不良: [なし ・ あり]	脱水: [なし ・ あり]
	内分泌・代謝	低血糖: [なし ・ あり]		
	呼吸器・循環器	ショック: [なし ・ あり]		
	消化器	悪心・嘔吐: [なし ・ あり]		
	精神・神経	意識障害: [なし ・ あり ・ 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	哺乳力低下: [なし ・ あり]	体重増加不良: [なし ・ あり]	脱水: [なし ・ あり]
	内分泌・代謝	低血糖: [なし ・ あり]		
	呼吸器・循環器	ショック: [なし ・ あり]		
	消化器	悪心・嘔吐: [なし ・ あり]		
	精神・神経	意識障害: [なし ・ あり ・ 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	CRH負荷試験: [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)	ACTH頂値: () pg/mL	コルチゾール頂値: () μg/dL
	インスリン負荷試験: [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)	ACTH: 頂値: () pg/mL	コルチゾール頂値: () μg/dL
血液検査	血清Na: () mEq/L	血清K: () mEq/L	ACTH: () pg/mL	コルチゾール: () μg/dL
画像検査	CTまたはMRI検査 (頭部): [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	CRH負荷試験: [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)	ACTH頂値: () pg/mL	コルチゾール頂値: () μg/dL
	インスリン負荷試験: [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)	ACTH: 頂値: () pg/mL	コルチゾール頂値: () μg/dL
血液検査	血清Na: () mEq/L	血清K: () mEq/L	ACTH: () pg/mL	コルチゾール: () μg/dL
画像検査	CTまたはMRI検査 (頭部): [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: ()
-----	-----------------------------

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	治療 (その他): ()
----	---------------

今後の治療方針	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)
今後の治療方針	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			(印)
	小児慢性特定疾病 指定医番号	()		