

告示番号		85		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	42 38から41までに掲げるもののほか、慢性副腎皮質機能低下症 (アジソン (Addison) 病を含む。)					受付種別	<input type="checkbox"/> 新規			
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)			以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓)				
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			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										
具体的な疾病名	()				最終受診日	(年 月 日)				
症状	全身	易疲労性: [なし ・ あり]		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]		腹痛: [なし ・ あり]						
	皮膚・粘膜	色素沈着: [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	易疲労性: [なし ・ あり]		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]		腹痛: [なし ・ あり]						
	皮膚・粘膜	色素沈着: [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										
血液検査	血清Na: ()mEq/L	血清K: ()mEq/L	血清Cl: ()mEq/L	ACTH: ()pg/mL						
	コルチゾール: ()μg/dL	DHEA-S: ()ng/mL ・ μg/dL	血糖値 (随時): ()mg/dL							
	血漿レニン活性 (PRA): ()ng/mL/hr ・ 未実施	血漿レニン定量 (活性型): ()pg/mL ・ 未実施								
	血漿アルドステロン: ()pg/mL ・ 未実施	抗副腎皮質抗体: ()倍 ・ 未実施								
画像検査	超音波検査またはCTまたはMRI検査 (腹部): [未実施 ・ 実施]					実施日: (年 月 日)				
	副腎低形成: [なし ・ あり]									
遺伝学的検査	染色体検査: [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	
血液検査	血清Na : () mEq/L 血清K : () mEq/L 血清Cl : () mEq/L ACTH : () pg/mL コルチゾール : () μg/dL DHEA-S : () ng/mL ・ μg/dL 血糖値 (随時) : () mg/dL 血漿レニン活性 (PRA) : () ng/mL/hr ・ 未実施 血漿レニン定量 (活性型) : () pg/mL ・ 未実施 血漿アルドステロン : () pg/mL ・ 未実施 抗副腎皮質抗体 : () 倍 ・ 未実施
画像検査	超音波検査またはCTまたはMRI検査 (腹部) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 副腎低形成 : [なし ・ あり]
遺伝学的検査	染色体検査 : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()
	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 : ()
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