

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	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
	(具体的な疾病名: )						
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)		
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	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 : ( )				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 ]						
	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: ( )						

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 : ( )    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
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 (    )