

| 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 (継続申請用) | | 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) (具体的な疾病名:) | | | | | 受付種別 | <input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → () |
| 受給者番号 | | 受診日 | 年 月 日 | | | | |
| ふりがな | | | | | (変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet) | | |
| 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 (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 (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 | | |
| 画像検査 | 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 | | |
| 遺伝学的検査 | 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] | | | | | | |
| その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載 | 染色体検査: [未実施・実施] 実施日: (年 月 日) | | | | | | |
| | 所見: () | | | | | | |
| 経過 (申請時) ※直近の状況を記載 | 遺伝子検査: [未実施・実施] 実施日: (年 月 日) | | | | | | |
| | 所見: () | | | | | | |
| 合併症 | 合併症: [なし・あり] | | | | | | |
| | 詳細: () | | | | | | |
| 薬物療法 | 補充療法: [なし・あり] | | | | | | |
| | 詳細: () | | | | | | |
| | 機能抑制療法: [なし・あり] | | | | | | |
| 手術 | 詳細: () | | | | | | |
| | 薬物療法 (その他): () | | | | | | |
| 治療 | 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) |
| 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 (| | | | |