

病名	<b>43 アルドステロン症</b>					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		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										
身体所見	血圧:収縮期:( )mmHg 拡張期:( )mmHg 実施日:( 年 月 日 )									
症状	全身	多飲:[ なし ・ あり ]								
	腎・泌尿器	多尿:[ なし ・ あり ]								
	消化器	悪心・嘔吐:[ なし ・ あり ]								
	筋・骨格	筋力低下:[ なし ・ あり ]								
	精神・神経	頭痛:[ なし ・ あり ]		四肢麻痺:[ なし ・ あり ・ 不明 ]			しびれ:[ なし ・ あり ]			
	その他	症状 (その他):( )								
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載										
身体所見	血圧:収縮期:( )mmHg 拡張期:( )mmHg 実施日:( 年 月 日 )									
症状	全身	多飲:[ なし ・ あり ]								
	腎・泌尿器	多尿:[ なし ・ あり ]								
	消化器	悪心・嘔吐:[ なし ・ あり ]								
	筋・骨格	筋力低下:[ なし ・ あり ]								
	精神・神経	頭痛:[ なし ・ あり ]		四肢麻痺:[ なし ・ あり ・ 不明 ]			しびれ:[ なし ・ あり ]			
	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										
尿検査	尿中アルドステロン:( )µg/day									
血液検査	血清Na:( )mEq/L	血清K:( )mEq/L	血清Cl:( )mEq/L	BUN:( )mg/dL						
	血清クレアチニン:( )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									
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 )	副腎腺腫:[ なし ・ あり ]
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載										
尿検査	尿中アルドステロン:( )µg/day									
血液検査	血清Na:( )mEq/L	血清K:( )mEq/L	血清Cl:( )mEq/L	BUN:( )mg/dL						
	血清クレアチニン:( )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									
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 )	副腎腺腫:[ なし ・ あり ]

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	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	( )		