

告示番号		1		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	43 アルドステロン症					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		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										
最終受診日	(年 月 日)									
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]			

告示番号 **1** 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) **2/2**

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