

病名	<b>43 アルドステロン症</b>				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 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
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							
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(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 ( )