

告示番号		86		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	44 見かけの鉱質コルチコイド過剰症候群 (AME症候群)					受付種別	<input type="checkbox"/> 新規
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 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	低身長(-2.0SD以下):[なし・あり]			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	低身長(-2.0SD以下):[なし・あり]			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 尿中コルチゾール/コルチゾン代謝産物比:()						
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 ACTH:()pg/mL コルチゾール:()µg/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						
血液ガス分析	pH:()						
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]						
遺伝学的検査	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							
尿検査	尿中アルドステロン:()µg/day 尿中コルチゾール/コルチゾン代謝産物比:()						
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 ACTH:()pg/mL コルチゾール:()µg/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						

告示番号 86 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
血液ガス分析	pH: ()	
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]	
遺伝学的検査	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: ()	
出生歴	子宮内発育遅延: [なし ・ あり]	
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	
	小児慢性特定疾病 指定医番号 ()	