

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 (継続申請用)		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"/> 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 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							
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(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			
	血清クリアチニン:()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			
	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:()						
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)
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 (