

告示番号		87		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	45 リドル (Liddle) 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		
	年 月 日	年 月 日			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										
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) 副腎腫瘍:[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										
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										

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) 副腎腫瘍:[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:()
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 ()