

病名	45 リドル (Liddle) 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
		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 (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 (PRAL): ()ng/mL/hr ・ 未実施		
	血漿アルドステロン:()pg/mL ・ 未実施				血漿レニン定量 (活性型):()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
医療機関住所

記載年月日 年 月 日

診療科

医師名

小児慢性特定疾病 指定医番号 ()

(印)