

告示番号		69		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	46 低レニン性低アルドステロン症					受付種別	<input type="checkbox"/> 新規			
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(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	哺乳力低下:[ なし・あり ]		体重増加不良:[ なし・あり ]		脱水:[ なし・あり ]				
	消化器	悪心・嘔吐:[ なし・あり ]								
	皮膚・粘膜	色素沈着:[ 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	哺乳力低下:[ なし・あり ]		体重増加不良:[ なし・あり ]		脱水:[ なし・あり ]				
	消化器	悪心・嘔吐:[ なし・あり ]								
	皮膚・粘膜	色素沈着:[ 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	尿中ナトリウム:( )mEq/L		尿中アルドステロン:( )μg/day		尿中カリウム:( )mEq/L					
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 )		副腎過形成:[ なし・あり ]		
検査所見(申請時) ※直近の状況を記載										
尿検査	尿中ナトリウム:( )mEq/L		尿中アルドステロン:( )μg/day		尿中カリウム:( )mEq/L					
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 )		副腎過形成:[ 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

小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )