

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 (継続申請用)

病名	46 低レニン性低アルドステロン症					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	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	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(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 ( )						