

病名 <b>47 アルドステロン合成酵素欠損症</b>		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)	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(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			
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 ]
	呼吸器・循環器	ショック:[ 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			
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 ]
	呼吸器・循環器	ショック:[ 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		
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		
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:( )		

薬物療法	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 (印)

小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )