

告示番号 68		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)		1/2		
病名	47 アルドステロン合成酵素欠損症			受付種別	<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ( )	
保険情報	保険者番号 ( ) 被保険者記号 ( ) 被保険者番号 ( ) 被保険者個人単位枝番 ( ) 資格取得年月日 年 月 日					
氏名	(セイメイ) (姓名)		以前の登録氏名 (変更のある場合)	(セイメイ) (姓名)		
住所	郵便番号 ( - ) 都道府県 ( ) 市区町村 ( ) 丁目番地等 ( )					
生年月日	年 月 日			性別	男性 ・ 女性 ・ 性別未決定	
出生地	都道府県 ( ) 市区町村 ( )					
出生体重	g	出生週数	在胎 週 日			
発症時期	年 月 頃		記載時の年齢	満 歳 か月 日		
現在の身長・体重	身長 (測定日)	cm ( SD)		体重 (測定日)	kg ( SD)	
		年 月 日	年 月 日		BMI	%
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						
最終受診日	( 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 ]	
	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 (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: ( )					
	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
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 ( )					

<b>告示番号</b>	<b>68</b>	<b>内分泌疾患</b>	( )	<b>年度</b>	<b>小児慢性特定疾病 医療意見書〈継続申請用〉</b>	<b>2/2</b>
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
医療機関所在地				診断年月日	年	月 日
電話番号						
				診療科		
				医師名		
				小児慢性特定疾病 指定医番号 (		)

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年 月 日
公費負担者番号	
認定結果	[ 認定 ・ 不認定 ]
研究同意の有無	[ 有 ・ 無 ]
受給者番号	受給者番号 ( ) 有効期限 年 月 日
階層区分	[ 生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他 ]
保険情報	保険者番号 ( ) 被保険者記号 ( ) 被保険者番号 ( ) 被保険者個人単位枝番 ( ) 資格取得年月日 年 月 日