

告示番号		70		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	48 46及び47に掲げるもののほか、低アルドステロン症					受付種別	<input type="checkbox"/> 新規			
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)		以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓)					
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)		BMI			
		年	月	日	年	月	日	肥満度	%	
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	治療 ・ 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										
具体的な疾病名	()				最終受診日	()	年	月	日	
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		尿中カリウム：()mEq/L		尿中アルドステロン：()µg/day					
					尿中遊離コルチゾール：()µg/day ・ 未実施					
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		尿中カリウム：()mEq/L		尿中アルドステロン：()µg/day					
					尿中遊離コルチゾール：()µg/day ・ 未実施					
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
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 ()

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