

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	46及び47に掲げるもののほか、低アルドステロン症 (具体的な疾病名: )					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		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 ]		

告示番号 <b>70</b> 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〉		2/2
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 ( )	