

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 (継続申請用)		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"/> 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)			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 (申請時) ※直近の状況を記載													
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)：( )											
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