

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)		
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"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ()
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 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(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(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	
	血清クレアチニン:()mg/dL		ACTH:()pg/mL		BUN:()mg/dL	
	血漿レニン活性(PRA):()ng/mL/hr ・ 未実施		血漿アルドステロン:()pg/mL ・ 未実施		コルチゾール:()µg/dL	
					血漿レニン定量(活性型):()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		
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 ()			