

病名 49 偽性低アルドステロン症		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 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(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]	
	呼吸器・循環器	咳:[なし・あり]		喘鳴:[なし・あり]	多呼吸:[なし・あり]	
	消化器	悪心・嘔吐:[なし・あり]				
	筋・骨格	筋力低下:[なし・あり]				
	皮膚・粘膜	難治性湿疹:[なし・あり]				
	精神・神経	四肢麻痺:[なし・あり・不明]				
	その他	歯牙異常:[なし・あり] 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]	
	呼吸器・循環器	咳:[なし・あり]		喘鳴:[なし・あり]	多呼吸:[なし・あり]	
	消化器	悪心・嘔吐:[なし・あり]				
	筋・骨格	筋力低下:[なし・あり]				
	皮膚・粘膜	難治性湿疹:[なし・あり]				
	精神・神経	四肢麻痺:[なし・あり・不明]				
	その他	歯牙異常:[なし・あり] 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			
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:()					
病理検査	唾液中Na:()mEq/L ・未実施		唾液中Cl:()mEq/L ・未実施			
	汗中Na:()mEq/L ・未実施		汗中Cl:()mEq/L ・未実施			
遺伝学的検査	遺伝子検査:[未実施・実施]		実施日:(年 月 日)			
所見:()						

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
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：()
病理検査	唾液中Na：()mEq/L ・ 未実施 唾液中Cl：()mEq/L ・ 未実施
	汗中Na：()mEq/L ・ 未実施 汗中Cl：()mEq/L ・ 未実施
遺伝学的検査	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()
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 (印)
	小児慢性特定疾病 指定医番号 ()