

病名	49 偽性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 → ()				
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 (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 (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)							
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 ()			