

告示番号		68		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		47 アルドステロン合成酵素欠損症								受付種別		<input type="checkbox"/> 新規			
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)						以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓)					
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 (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															
最終受診日		( 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		ショック:[ 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															
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		ショック:[ 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 尿中アルドステロン:( )μg/day 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													
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 尿中アルドステロン:( )μg/day 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													
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:( )													

