

告示番号		67		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		14 中枢性塩喪失症候群							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	体重減少:[ なし ・ あり ] 低血圧:[ なし ・ あり ] 脱水:[ なし ・ あり ] 皮膚ツルゴール低下:[ なし ・ あり ] 他に低ナトリウム血症を来す明らかな原因がない:[ 非該当 ・ 該当 ]											
	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	体重減少:[ なし ・ あり ] 低血圧:[ なし ・ あり ] 脱水:[ なし ・ あり ] 皮膚ツルゴール低下:[ なし ・ あり ] 他に低ナトリウム血症を来す明らかな原因がない:[ 非該当 ・ 該当 ]											
	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		尿浸透圧:( )mOsm/kg・H <sub>2</sub> O 尿中ナトリウム:( )mEq/L 尿中クレアチニン:( )mg/dL Na摂取と排泄のバランス:[ マイナス ・ プラス ・ 不明 ]											
血液検査		ヘマトクリット (Ht):( )% 血清Na:( )mEq/L 血清K:( )mEq/L 血清Cl:( )mEq/L 血清Ca:( )mg/dL BUN:( )mg/dL 血清クレアチニン:( )mg/dL 血清尿酸:( )mg/dL 血漿抗利尿ホルモン:( )pg/mL 血清浸透圧:( )mOsm/kg・H <sub>2</sub> O BNP:( )pg/mL・未実施											
画像検査		CTまたはMRI検査 (頭部):[ 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		尿浸透圧:( )mOsm/kg・H <sub>2</sub> O 尿中ナトリウム:( )mEq/L 尿中クレアチニン:( )mg/dL Na摂取と排泄のバランス:[ マイナス ・ プラス ・ 不明 ]											
血液検査		ヘマトクリット (Ht):( )% 血清Na:( )mEq/L 血清K:( )mEq/L 血清Cl:( )mEq/L 血清Ca:( )mg/dL BUN:( )mg/dL 血清クレアチニン:( )mg/dL 血清尿酸:( )mg/dL 血漿抗利尿ホルモン:( )pg/mL 血清浸透圧:( )mOsm/kg・H <sub>2</sub> O BNP:( )pg/mL・未実施											
画像検査		CTまたはMRI検査 (頭部):[ 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):( )											

