

告示番号		34		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		10 抗利尿ホルモン（ADH）不適切分泌症候群								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)													
診断		原疾患：[なし ・ あり] 原疾患名：()													
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] 脱水：[なし ・ あり] 浮腫：[なし ・ あり]													
	消化器	悪心・嘔吐：[なし ・ あり]													
	精神・神経	意識障害：[なし ・ あり ・ 不明]													
	その他	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] 脱水：[なし ・ あり] 浮腫：[なし ・ あり]													
	消化器	悪心・嘔吐：[なし ・ あり]													
	精神・神経	意識障害：[なし ・ あり ・ 不明]													
	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		尿蛋白（定性）：[- ・ ± ・ 1+ ・ 2+ ・ 3+ ・ 4+] 尿潜血（定性）：[- ・ ± ・ 1+ ・ 2+ ・ 3+] 尿浸透圧：()mOsm/kg・H ₂ O 尿中ナトリウム：()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 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 ₂ O 血漿レニン活性（PRA）：()ng/mL/hr ・ 未実施 コルチゾール：()μg/dL													
画像検査		CTまたはMRI検査（頭部）：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 下垂体腺腫：[なし ・ あり]													
検査所見（申請時） ※直近の状況を記載															
尿検査		尿蛋白（定性）：[- ・ ± ・ 1+ ・ 2+ ・ 3+ ・ 4+] 尿潜血（定性）：[- ・ ± ・ 1+ ・ 2+ ・ 3+] 尿浸透圧：()mOsm/kg・H ₂ O 尿中ナトリウム：()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 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 ₂ O 血漿レニン活性（PRA）：()ng/mL/hr ・ 未実施 コルチゾール：()μg/dL													
画像検査		CTまたはMRI検査（頭部）：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 下垂体腺腫：[なし ・ あり]													
その他の所見（申請時） ※直近の状況を記載															
合併症		中枢神経疾患：[なし ・ あり] 疾患名：()													
		内分泌疾患：[なし ・ あり] 疾患名：()													

