

告示番号		7		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		49 偽性低アルドステロン症								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) 年 月 日		体重 (測定日)		kg (SD) 年 月 日		BMI			
										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)											
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
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（ ）
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
医療機関所在地	診断年月日 年 月 日
電話番号	診療科 医師名 小児慢性特定疾病 指定医番号 （ ）

行政記載欄		
担当自治体		
受理日	年	月 日
公費負担者番号		
認定結果	[認定 ・ 不認定]	
研究同意の有無	[有 ・ 無]	
受給者番号	受給者番号 () 有効期限	年 月 日
階層区分	[生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]	
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	