

告示番号		83		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		38 副腎皮質刺激ホルモン (ACTH) 単独欠損症								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]											
		内分泌・代謝		低血糖: [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]											
		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															
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]											
		内分泌・代謝		低血糖: [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]											
		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															
負荷試験		CRH負荷試験: [未実施 ・ 実施]				実施日: (年 月 日)									
		ACTH頂値: ()pg/mL				コルチゾール頂値: ()μg/dL									
		インスリン負荷試験: [未実施 ・ 実施]				実施日: (年 月 日)									
		ACTH: 頂値: ()pg/mL				コルチゾール頂値: ()μg/dL									
血液検査		血清Na: ()mEq/L		血清K: ()mEq/L		ACTH: ()pg/mL		コルチゾール: ()μg/dL							
血糖値 (随時): ()mg/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) 所見: ()													
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載															
負荷試験		CRH負荷試験: [未実施 ・ 実施]				実施日: (年 月 日)									
		ACTH頂値: ()pg/mL				コルチゾール頂値: ()μg/dL									
		インスリン負荷試験: [未実施 ・ 実施]				実施日: (年 月 日)									
		ACTH: 頂値: ()pg/mL				コルチゾール頂値: ()μg/dL									
血液検査		血清Na: ()mEq/L		血清K: ()mEq/L		ACTH: ()pg/mL		コルチゾール: ()μg/dL							
血糖値 (随時): ()mg/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) 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：()
-----	---------------------------