

告示番号		36		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		30 自己免疫性多内分泌腺症候群 2型							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)											
症 状	全身	易疲労性：[なし ・ あり] 多飲：[なし ・ あり] 浮腫：[なし ・ あり]											
	内分泌・代謝	甲状腺腫：[なし ・ あり]											
	腎・泌尿器	多尿：[なし ・ あり]											
	精神・神経	集中力低下：[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	易疲労性：[なし ・ あり] 多飲：[なし ・ あり] 浮腫：[なし ・ あり]											
	内分泌・代謝	甲状腺腫：[なし ・ あり]											
	腎・泌尿器	多尿：[なし ・ あり]											
	精神・神経	集中力低下：[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		尿中遊離コルチゾール：()μg/day ・ 未実施 尿検査 (その他)：()											
血液検査		TSH：()μIU/mL free T ₃ ：()pg/mL free T ₄ ：()ng/dL 抗甲状腺ペルオキシダーゼ抗体 (TPOAb)：()U/mL 抗サイログロブリン抗体 (TgAb)：()U/mL 抗TSH受容体抗体 (TRAb)：()IU/L											
		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 コルチゾール：()μg/dL ACTH：()pg/mL DHEA-S：()ng/mL ・ μg/dL											
		HbA _{1c} ：()% 血糖値 (随時)：()mg/dL GAD抗体：()U/mL ・ 未実施 インスリン (IRI)：()μU/mL 採血タイミング：[空腹時 ・ 食後]											
検査所見 (その他)		検査所見 (その他)：()											
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
尿検査		尿中遊離コルチゾール：()μg/day ・ 未実施 尿検査 (その他)：()											
血液検査		TSH：()μIU/mL free T ₃ ：()pg/mL free T ₄ ：()ng/dL 抗甲状腺ペルオキシダーゼ抗体 (TPOAb)：()U/mL 抗サイログロブリン抗体 (TgAb)：()U/mL 抗TSH受容体抗体 (TRAb)：()IU/L											
		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 コルチゾール：()μg/dL ACTH：()pg/mL DHEA-S：()ng/mL ・ μg/dL											

