

告示番号		87		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		45 リドル (Liddle) 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 )											
身体所見		血圧：収縮期：( )mmHg 拡張期：( )mmHg 実施日：( 年 月 日 )											
症状	全身	多飲：[ なし ・ あり ]											
	腎・泌尿器	多尿：[ 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 ]											
	精神・神経	頭痛：[ なし ・ あり ]				四肢麻痺：[ なし ・ あり ・ 不明 ]				しびれ：[ 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													
身体所見		血圧：収縮期：( )mmHg 拡張期：( )mmHg 実施日：( 年 月 日 )											
症状	全身	多飲：[ なし ・ あり ]											
	腎・泌尿器	多尿：[ 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 ]											
	精神・神経	頭痛：[ なし ・ あり ]				四肢麻痺：[ なし ・ あり ・ 不明 ]				しびれ：[ 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		尿中アルドステロン：( )μg/day											
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：( )											
画像検査		超音波検査またはCTまたはMRI検査 (腹部)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 副腎腫瘍：[ なし ・ あり ]											
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		尿中アルドステロン：( )μg/day											
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：( )									
画像検査	超音波検査またはCTまたはMRI検査（腹部）：[ 未実施 ・ 実施 ]      実施日：(      年      月      日 )      副腎腫瘍：[ なし ・ あり ]									
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