

告示番号		73		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		12 口渇中枢障害を伴う高ナトリウム血症（本態性高ナトリウム血症）								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 )															
身体所見		血圧：収縮期：( )mmHg 拡張期：( )mmHg 実施日：( 年 月 日 )															
症状		全身		体重減少：[ なし ・ あり ] 低血圧：[ なし ・ あり ] 口渇：[ なし ・ あり ] 脱水：[ なし ・ あり ] 皮膚ツルゴール低下：[ なし ・ あり ] 他に高ナトリウム血症を来す明らかな原因がない：[ 非該当 ・ 該当 ]													
		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		体重減少：[ なし ・ あり ] 低血圧：[ なし ・ あり ] 口渇：[ なし ・ あり ] 脱水：[ なし ・ あり ] 皮膚ツルゴール低下：[ なし ・ あり ] 他に高ナトリウム血症を来す明らかな原因がない：[ 非該当 ・ 該当 ]													
		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		尿浸透圧：( )mOsm/kg・H <sub>2</sub> O 尿中ナトリウム：( )mEq/L 尿浸透圧（AVPまたはDDAVP投与後）：( )mOsm/kg・H <sub>2</sub> O 尿中クレアチニン：( )mg/dL															
血液検査		ヘマトクリット（Ht）：( )% 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 <sub>2</sub> O BNP：( )pg/mL・未実施															
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		尿浸透圧：( )mOsm/kg・H <sub>2</sub> O 尿中ナトリウム：( )mEq/L 尿浸透圧（AVPまたはDDAVP投与後）：( )mOsm/kg・H <sub>2</sub> O 尿中クレアチニン：( )mg/dL															
血液検査		ヘマトクリット（Ht）：( )% 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 <sub>2</sub> O BNP：( )pg/mL・未実施															
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		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）：( )															

