

告示番号		9		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		32 偽性副甲状腺機能低下症（偽性偽性副甲状腺機能低下症を除く。）								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		低身長（-2.0SD以下）：[なし ・ あり]													
		内分泌・代謝		肥満：[なし ・ あり] 異所性石灰化：[なし ・ あり]													
		筋・骨格		短指趾症：[なし ・ あり]													
		精神・神経		テタニー：[なし ・ あり] 痙攣：[なし ・ あり] 精神運動発達遅滞：[なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 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		低身長（-2.0SD以下）：[なし ・ あり]													
		内分泌・代謝		肥満：[なし ・ あり] 異所性石灰化：[なし ・ あり]													
		筋・骨格		短指趾症：[なし ・ あり]													
		精神・神経		テタニー：[なし ・ あり] 痙攣：[なし ・ あり] 精神運動発達遅滞：[なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 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		Ellsworth-Howard検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) P排泄増加：[なし ・ あり] cAMP増加：[なし ・ あり]															
尿検査		尿中クレアチニン：()mg/dL 尿中マグネシウム：()mg/dL				尿中カルシウム：()mg/dL				尿中リン：()mg/dL							
血液検査		血清アルブミン：()g/dL 血清P：()mg/dL 血清クレアチニン：()mg/dL TSH：()μIU/mL				ALP：()U/L 血清Mg：()mg/dL intact PTH：()pg/mL free T ₄ ：()ng/dL				血清Ca：()mg/dL BUN：()mg/dL 25-OHビタミンD：()ng/mL ・ 未実施							
画像検査		単純X線検査（骨）：[未実施 ・ 実施] 所見：()				実施日：(年 月 日)											
		CT検査（頭部）：[未実施 ・ 実施] 所見：()				実施日：(年 月 日)											
遺伝学的検査		遺伝子検査：[未実施 ・ 実施] 所見：()				実施日：(年 月 日)											
検査所見（申請時） ※直近の状況を記載																	
負荷試験		Ellsworth-Howard検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) P排泄増加：[なし ・ あり] cAMP増加：[なし ・ あり]															
尿検査		尿中クレアチニン：()mg/dL 尿中マグネシウム：()mg/dL				尿中カルシウム：()mg/dL				尿中リン：()mg/dL							

