

|   |       |  |  |  |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
|---|-------|--|--|--|--|----------------------|--|----------------------|--|-----------------------|--|-----------------------------|--|
| 告示番号                                    |       | 69   |  | 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                                      |       | 46 低レニン性低アルドステロン症  |  |  |  |                      |  |                      |  | 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 ( )<br>資格取得年月日 年 月 日  |  |  |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
| 氏名                                      |       | (セイメイ)<br>(姓)  |  |  |  |                      |  | 以前の登録氏名<br>(変更のある場合) |  | (セイメイ)<br>(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<br>身長・体重                            |       | 身長<br>(測定日)  |  | cm ( SD)                                   |  | 体重<br>(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    | 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 ]  |  |  |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
|   | 消化器   | 悪心・嘔吐：[ なし ・ あり ]  |  |  |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
|   | 皮膚・粘膜 | 色素沈着：[ 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    | 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 ]  |  |  |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
|   | 消化器   | 悪心・嘔吐：[ なし ・ あり ]  |  |  |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
|   | 皮膚・粘膜 | 色素沈着：[ 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                                     |       | 尿中ナトリウム：( )mEq/L 尿中アルドステロン：( )μg/day 尿中カリウム：( )mEq/L   |  |  |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
| 血液検査                                    |       | 血清Na：( )mEq/L 血清K：( )mEq/L 血清Cl：( )mEq/L BUN：( )mg/dL<br>血清クレアチニン：( )mg/dL ACTH：( )pg/mL コルチゾール：( )μg/dL<br>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<br>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 ) 副腎過形成：[ なし ・ あり ]   |  |  |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
| 検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載                    |       |  |  |  |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
| 尿検査                                     |       | 尿中ナトリウム：( )mEq/L 尿中アルドステロン：( )μg/day 尿中カリウム：( )mEq/L   |  |  |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
| 血液検査                                    |       | 血清Na：( )mEq/L 血清K：( )mEq/L 血清Cl：( )mEq/L BUN：( )mg/dL<br>血清クレアチニン：( )mg/dL ACTH：( )pg/mL コルチゾール：( )μg/dL<br>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<br>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 ) 副腎過形成：[ 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 ]<br>詳細：( )  |  |  |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |

