

告示番号		85		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		42 38から41までに掲げるもののほか、慢性副腎皮質機能低下症（アジソン（Addison）病を含む。）						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 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													
具体的な疾病名		()						最終受診日		(年 月 日)			
症状	全身	易疲労性：[なし ・ あり] 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]											
	内分泌・代謝	低血糖：[なし ・ あり]											
	呼吸器・循環器	ショック：[なし ・ あり]											
	消化器	悪心・嘔吐：[なし ・ あり] 腹痛：[なし ・ あり]											
	皮膚・粘膜	色素沈着：[なし ・ あり]											
	精神・神経	意識障害：[なし ・ あり ・ 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	易疲労性：[なし ・ あり] 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]											
	内分泌・代謝	低血糖：[なし ・ あり]											
	呼吸器・循環器	ショック：[なし ・ あり]											
	消化器	悪心・嘔吐：[なし ・ あり] 腹痛：[なし ・ あり]											
	皮膚・粘膜	色素沈着：[なし ・ あり]											
	精神・神経	意識障害：[なし ・ あり ・ 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													
血液検査		血清Na：()mEq/L 血清K：()mEq/L 血清Cl：()mEq/L ACTH：()pg/mL コルチゾール：()μg/dL DHEA-S：()ng/mL ・ μg/dL 血糖値（随時）：()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 抗副腎皮質抗体：()倍・未実施											
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) 副腎低形成：[なし ・ あり]											
遺伝学的検査		染色体検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()											
		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									
血液検査	血清Na：（ ）mEq/L		血清K：（ ）mEq/L		血清Cl：（ ）mEq/L		ACTH：（ ）pg/mL		
	コルチゾール：（ ）μg/dL		DHEA-S：（ ）ng/mL		μg/dL		血糖値（随時）：（ ）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		抗副腎皮質抗体：（ ）倍		未実施		
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				
遺伝学的検査	染色体検査：[未実施 ・ 実施]				実施日：（ ）年（ ）月（ ）日				
	所見：（ ）								
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				
医療機関所在地					年 月 日				
電話番号					年 月 日				
					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	