

|          |  |              |  |                         |       |      |                  |                    |  |             |  |
|----------|--|--------------|--|-------------------------|-------|------|------------------|--------------------|--|-------------|--|
| 告示番号     |  | 81           |  | 内分泌疾患                   |       | 平成（  |                  | ）年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 |  |             |  |
| 受給者番号（   |  |              |  | 新規登録 ・ 継続 ・ 転入 （ 転出地： ） |       |      |                  |                    |  |             |  |
| 患者       |  | ふりがな<br>氏名   |  |                         | 男 ・ 女 | 生年月日 | 平成 年 月 日 （ 満 歳 ） |                    |  |             |  |
| 出生都道府県※1 |  |              |  | 出生体重                    |       | g    |                  | 出生週数               |  | 在胎 週        |  |
| 現在の身長※2  |  | . cm         |  | 現在の体重※2                 |       | . kg |                  | 母の生年月日             |  | 昭和 平成 年 月 日 |  |
| 発病       |  | 年 月 頃        |  |                         | 初診日   |      | 年 月 日            |                    |  |             |  |
| 大分類病名    |  | 14 副甲状腺機能亢進症 |  |                         | 細分類病名 |      | 26 副甲状腺機能亢進症     |                    |  |             |  |

該当するものに○をつけ、必要な場合（ ）に記載

|               |                                                 |  |  |                  |  |  |                    |  |  |  |
|---------------|-------------------------------------------------|--|--|------------------|--|--|--------------------|--|--|--|
| 1.臨床所見        |                                                 |  |  |                  |  |  |                    |  |  |  |
| 現在の<br>症<br>状 | 身長・体重の測定日 （ 年 月 日）<br>現在の身長 （ ） SD 現在の体重 （ ） SD |  |  |                  |  |  |                    |  |  |  |
|               | 多尿 （ なし ・ あり ）                                  |  |  | 易疲労性 （ なし ・ あり ） |  |  | 腹痛 （ なし ・ あり ）     |  |  |  |
|               | 肉眼的血尿 （ なし ・ あり ）                               |  |  | 排尿痛 （ なし ・ あり ）  |  |  | リンパ節腫脹 （ なし ・ あり ） |  |  |  |
|               | 収縮期圧 （ ） mmHg                                   |  |  | 拡張期圧 （ ） mmHg    |  |  |                    |  |  |  |
|               | 同疾患の家族歴 （ なし ・ あり ）                             |  |  |                  |  |  |                    |  |  |  |
|               | その他の特記すべき症状 （ なし ・ あり → 所見： ）                   |  |  |                  |  |  |                    |  |  |  |

|                                                                                   |                                |  |                      |  |               |  |  |  |  |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|--|----------------------|--|---------------|--|--|--|--|--|
| 2.検査所見                                                                            |                                |  |                      |  |               |  |  |  |  |  |
| 診<br>断<br>の<br>根<br>拠<br>と<br>な<br>っ<br>た<br>主<br>な<br>検<br>査<br>等<br>の<br>結<br>果 | 継続申請の場合は現在の状況を記載               |  |                      |  |               |  |  |  |  |  |
|                                                                                   | 血液検査                           |  |                      |  |               |  |  |  |  |  |
|                                                                                   | Ca （ ） mg/dL                   |  | P （ ） mg/dL          |  | Mg （ ） mg/dL  |  |  |  |  |  |
|                                                                                   | ALP （ ） IU/L                   |  | BUN （ ） mg/dL        |  | Cre （ ） mg/dL |  |  |  |  |  |
|                                                                                   | 血清アルブミン （ ） g/dL               |  | intact PTH （ ） pg/mL |  |               |  |  |  |  |  |
|                                                                                   | 1,25(OH)2D （ ） pg/mL           |  | 25OHD （ ） ng/mL      |  |               |  |  |  |  |  |
|                                                                                   | 尿検査                            |  |                      |  |               |  |  |  |  |  |
|                                                                                   | 尿中Ca （ ） mg/dL                 |  | 尿中Cre （ ） mg/dL      |  |               |  |  |  |  |  |
|                                                                                   | 画像検査                           |  |                      |  |               |  |  |  |  |  |
|                                                                                   | 骨X線像 （ 未実施 ・ 実施 → 検査日 （ 年 月 日） |  |                      |  |               |  |  |  |  |  |
| 所見 （ ）                                                                            |                                |  |                      |  |               |  |  |  |  |  |
| 腹部CT （ 未実施 ・ 実施 → 検査日 （ 年 月 日）                                                    |                                |  |                      |  |               |  |  |  |  |  |
| 所見 （ ）                                                                            |                                |  |                      |  |               |  |  |  |  |  |
| 腎エコー （ 未実施 ・ 実施 → 検査日 （ 年 月 日）                                                    |                                |  |                      |  |               |  |  |  |  |  |
| 所見 （ ）                                                                            |                                |  |                      |  |               |  |  |  |  |  |
| 遺伝子検査 （ 未実施 ・ 実施※ ）                                                               |                                |  |                      |  |               |  |  |  |  |  |
| ※実施の場合 → 検査日 （ 年 月 日）                                                             |                                |  |                      |  |               |  |  |  |  |  |
| 遺伝子名 （ ）                                                                          |                                |  |                      |  |               |  |  |  |  |  |
| 遺伝子変異 （ なし ・ あり → 所見： ）                                                           |                                |  |                      |  |               |  |  |  |  |  |
| 骨塩定量 骨密度 （ ） g/cm <sup>3</sup> 同年齢比較 （ ） %                                        |                                |  |                      |  |               |  |  |  |  |  |

|                     |                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---------------------|-----------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 3.その他の所見            |                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| その他の<br>現在の<br>所見など | 合併症 （ なし ・ あり → 詳細： ） |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|               |                                                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---------------|------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 4.経 過         |                                                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 現在までの<br>治療など | 薬物療法など （ なし ・ あり → 補充療法 ・ 機能抑制療法 ・ 他の薬物療法 ・ 運動制限 ・ 手術予定あり ・ 術後 ） |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|          |                                                                                                                                                         |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 5.今後の療方針 |                                                                                                                                                         |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |
|          |                                                                                                                                                         |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 就学・就労    | 1. 就学前 2. 小中学校（通常学級・通級・特別支援学級） 3. 特別支援学校（小中学部・専攻科を含む高等部）<br>4. 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 5. 大学（短期大学を含む） 6. 就労（就学中の就労も含む）<br>7. 未就学かつ未就労 8. その他（ ） |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 現状評価     | 一つに○印： 治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能<br>小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当： しない ・ する ・ 不明 人工呼吸器等装着者認定基準に該当： しない ・ する ・ 不明                                   |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 治療見込期間   | 入院                                                                                                                                                      | 年 月 日 から 年 月 日 まで         |  |  |  |  |  |  |  |  |
|          | 通院                                                                                                                                                      | 年 月 日 から 年 月 日 まで （ 月 回 ） |  |  |  |  |  |  |  |  |

|                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-----------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 上 記 の 通 り 診 断 し ま す 。 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 医療機関名<br>および<br>所在地   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 平成 年 月 日 医師名 科 印      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 小児慢性特定疾病指定医番号         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入  
※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入