告示番号 88 **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 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	19 慢性副腎皮質機能低下症	細分類病名	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。）	
該当するものに○をつけ、必要な場合（　　）に記載		具体的な疾患名			

※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

1.臨床所見

現在の症状

身長・体重の測定日　（　　年　　月　　日）
現在の身長　（　　）SD　現在の体重　（　　）SD
哺乳力低下　（ なし ・ あり ）　嘔吐　（ なし ・ あり ）　体重増加不良　（ なし ・ あり ）
脱水　（ なし ・ あり ）　意識障害　（ なし ・ あり ）　ショック　（ なし ・ あり ）
低血糖　（ なし ・ あり ）　色素沈着　（ なし ・ あり ）　易疲労　（ なし ・ あり ）
腹痛　（ なし ・ あり ）

血圧　収縮期圧　（　　）mmHg　拡張期圧　（　　）mmHg

その他の特記すべき症状　（ なし ・ あり → 所見：　　）

2.検査所見

診断の根拠となった主な検査等の結果

継続申請の場合は現在の状況を記載

血液検査

Na　（　　）mEq/L　K　（　　）mEq/L　Cl　（　　）mEq/L
ACTH　（　　）pg/mL　血糖　（　　）mg/dL
アルドステロン　（　　）pg/mL
コルチゾール　（　　）μg/dL
レニン活性(PRA)　（　　）ng/mL/hr　レニン定量（活性型）　（　　）pg/mL
DHEA-S　（　　）μg/dL
抗副腎抗体　（ 未実施 ・ なし ・ あり → 詳細：　　）

尿検査

尿中遊離コルチゾール　（　　）μg/day
尿中アルドステロン　（　　）μg/day

画像検査

副腎低形成　（ なし ・ あり ）

遺伝学的検査

染色体検査　（ なし ・ あり → 詳細：　　）
遺伝子診断　（ なし ・ あり → 詳細：　　）

3.その他の所見

その他の現在の所見など

合併症　（ なし ・ あり → 詳細：　　）

4. 経 過

現在までの主な治療など

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. 今後の療法方針

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） 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） 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 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
および
所在地

科

平成　　年　　月　　日　　医師名　　印

小児慢性特定疾病指定医番号