

告示番号		36		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		30 自己免疫性多内分泌腺症候群 2型								受付種別		<input type="checkbox"/> 新規	
受給者番号				受診日		年 月 日							
ふりがな 氏名 (Alphabet)						(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)							
生年月日		年 月 日		意見書記載時の年齢		歳 か月 日		性別		男 ・ 女 ・ 性別未決定			
出生体重		g		出生週数		在胎 週 日		出生時に住民登録をした所		() 都道府県 () 市区町村			
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 %			
発病時期		年 月 頃		初診日		年 月 日							
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 ()											
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		治癒 ・ 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													
症状		全身		易疲労性：[なし ・ あり] 多飲：[なし ・ あり] 浮腫：[なし ・ あり]									
		内分泌・代謝		甲状腺腫：[なし ・ あり]									
		腎・泌尿器		多尿：[なし ・ あり]									
		精神・神経		集中力低下：[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													
症状		全身		易疲労性：[なし ・ あり] 多飲：[なし ・ あり] 浮腫：[なし ・ あり]									
		内分泌・代謝		甲状腺腫：[なし ・ あり]									
		腎・泌尿器		多尿：[なし ・ あり]									
		精神・神経		集中力低下：[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		尿中遊離コルチゾール：()μg/day ・ 未実施 尿検査 (その他)：()											
血液検査		TSH：()μIU/mL free T ₃ ：()pg/mL free T ₄ ：()ng/dL 抗甲状腺ペルオキシダーゼ抗体 (TPOAb)：()U/mL 抗サイログロブリン抗体 (TgAb)：()U/mL 抗TSH受容体抗体 (TRAb)：()IU/L											
		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 コルチゾール：()μg/dL ACTH：()pg/mL DHEA-S：()ng/mL ・ μg/dL											
		HbA _{1c} ：()% 血糖値 (随時)：()mg/dL GAD抗体：()U/mL ・ 未実施 インスリン (IRI)：()μU/mL 採血タイミング：[空腹時 ・ 食後]											
検査所見 (その他)		検査所見 (その他)：()											
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
尿検査		尿中遊離コルチゾール：()μg/day ・ 未実施 尿検査 (その他)：()											
血液検査		TSH：()μIU/mL free T ₃ ：()pg/mL free T ₄ ：()ng/dL 抗甲状腺ペルオキシダーゼ抗体 (TPOAb)：()U/mL 抗サイログロブリン抗体 (TgAb)：()U/mL 抗TSH受容体抗体 (TRAb)：()IU/L											
		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 コルチゾール：()μg/dL ACTH：()pg/mL DHEA-S：()ng/mL ・ μg/dL											

受給者番号() 患者氏名()

告示番号		36		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〉		2/2	
血液検査		HbA _{1c} : () %		血糖値 (随時) : () mg/dL		GAD抗体 : () U/mL		・ 未実施					
		インスリン (IRI) : () μU/mL		採血タイミング : [空腹時 ・ 食後]									
検査所見 (その他)		検査所見 (その他) : ()											
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											
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 () 年 () 月 () 日											
医療機関住所													
		診療科 ()											
		医師名 () (印)											
		小児慢性特定疾病 指定医番号 ()											