

告示番号		75		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		11 中枢性尿崩症						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													
診断		原疾患：[ なし ・ あり ] 原疾患名：( )											
病型		病型 (中枢性尿崩症)：[ 特発性 ・ 家族性 ・ 続発性 ]											
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 ] 多飲：[ なし ・ あり ] 脱水：[ なし ・ あり ]											
	腎・泌尿器	多尿：[ 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 ]											
	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													
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 ] 多飲：[ なし ・ あり ] 脱水：[ なし ・ あり ]											
	腎・泌尿器	多尿：[ 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 ]											
	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													
負荷試験		バソプレシン負荷試験 (水溶性ピトレスिन5単位皮下注後30分ごとに2時間採尿)：[ 未実施 ・ 実施 ] 尿量減少：[ なし ・ あり ] 尿浸透圧：( )mOsm/kg											
		水制限試験：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 最大血清浸透圧：( )mOsm/kg・H <sub>2</sub> O 最大尿浸透圧：( )mOsm/kg・H <sub>2</sub> O ADH頂値：( )pg/mL											
		高張食塩水負荷試験：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 最大血清浸透圧：( )mOsm/kg・H <sub>2</sub> O 最大尿浸透圧：( )mOsm/kg・H <sub>2</sub> O ADH頂値：( )pg/mL											
尿検査		尿浸透圧：( )mOsm/kg・H <sub>2</sub> O 尿浸透圧 (AVPまたはDDAVP投与後)：( )mOsm/kg・H <sub>2</sub> O 尿中ナトリウム：( )mEq/L											

受給者番号（ ） 患者氏名（ ）

告示番号	75	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	血清Na：（ ）mEq/L      血清K：（ ）mEq/L      血清Cl：（ ）mEq/L      血清Ca：（ ）mg/dL BUN：（ ）mg/dL      血清クレアチニン：（ ）mg/dL      血清尿酸：（ ）mg/dL 血漿抗利尿ホルモン：（ ）pg/mL      血清浸透圧：（ ）mOsm/kg・H <sub>2</sub> O      コルチゾール：（ ）μg/dL											
画像検査	画像検査：[ 未実施 ・ 実施 ]      実施日：（ ）年（ ）月（ ）日 検査名：（ ） 所見：（ ）											
検査所見（申請時） ※直近の状況を記載												
負荷試験	パソプレシン負荷試験（水溶性ピトレスin5単位皮下注後30分ごとに2時間採尿）：[ 未実施 ・ 実施 ] 尿量減少：[ なし ・ あり ]      尿浸透圧：（ ）mOsm/kg											
	水制限試験：[ 未実施 ・ 実施 ]      実施日：（ ）年（ ）月（ ）日 最大血清浸透圧：（ ）mOsm/kg・H <sub>2</sub> O      最大尿浸透圧：（ ）mOsm/kg・H <sub>2</sub> O ADH頂値：（ ）pg/mL											
	高張食塩水負荷試験：[ 未実施 ・ 実施 ]      実施日：（ ）年（ ）月（ ）日 最大血清浸透圧：（ ）mOsm/kg・H <sub>2</sub> O      最大尿浸透圧：（ ）mOsm/kg・H <sub>2</sub> O ADH頂値：（ ）pg/mL											
尿検査	尿浸透圧：（ ）mOsm/kg・H <sub>2</sub> O      尿浸透圧（AVPまたはDDAVP投与後）：（ ）mOsm/kg・H <sub>2</sub> O 尿中ナトリウム：（ ）mEq/L											
血液検査	血清Na：（ ）mEq/L      血清K：（ ）mEq/L      血清Cl：（ ）mEq/L      血清Ca：（ ）mg/dL BUN：（ ）mg/dL      血清クレアチニン：（ ）mg/dL      血清尿酸：（ ）mg/dL 血漿抗利尿ホルモン：（ ）pg/mL      血清浸透圧：（ ）mOsm/kg・H <sub>2</sub> O      コルチゾール：（ ）μg/dL											
画像検査	画像検査：[ 未実施 ・ 実施 ]      実施日：（ ）年（ ）月（ ）日 検査名：（ ） 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				
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      （ ）												