

告示番号		8		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		31 偽性偽性副甲状腺機能低下症							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													
症状	全身	低身長 (−2.0SD以下) : [なし ・ あり]											
	内分泌・代謝	肥満 : [なし ・ あり]					異所性石灰化 : [なし ・ あり]						
	筋・骨格	短指趾症 : [なし ・ あり]											
	精神・神経	テタニー : [なし ・ あり]					痙攣 : [なし ・ あり]						
	精神運動発達遅滞 : [なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 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	低身長 (−2.0SD以下) : [なし ・ あり]											
	内分泌・代謝	肥満 : [なし ・ あり]					異所性石灰化 : [なし ・ あり]						
	筋・骨格	短指趾症 : [なし ・ あり]											
	精神・神経	テタニー : [なし ・ あり]					痙攣 : [なし ・ あり]						
	精神運動発達遅滞 : [なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 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		Ellsworth-Howard検査 : [未実施 ・ 実施]											
		P排泄増加 : [なし ・ あり]											
		実施日 : (年 月 日)											
		cAMP増加 : [なし ・ あり]											
尿検査		尿中クレアチニン : ()mg/dL					尿中カルシウム : ()mg/dL						
血液検査		血清アルブミン : ()g/dL					ALP : ()U/L		血清Ca : ()mg/dL				
		血清P : ()mg/dL					血清Mg : ()mg/dL		BUN : ()mg/dL				
		血清クレアチニン : ()mg/dL					intact PTH : ()pg/mL						
画像検査		単純X線検査 (骨) : [未実施 ・ 実施]					実施日 : (年 月 日)						
		所見 : ()											
		CT検査 (頭部) : [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 : ()											
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
尿検査		尿中クレアチニン : ()mg/dL					尿中カルシウム : ()mg/dL						
血液検査		血清アルブミン : ()g/dL					ALP : ()U/L		血清Ca : ()mg/dL				
		血清P : ()mg/dL					血清Mg : ()mg/dL		BUN : ()mg/dL				
		血清クレアチニン : ()mg/dL					intact PTH : ()pg/mL						

受給者番号() 患者氏名()

告示番号		8		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		
画像検査	単純X線検査（骨）：[未実施 ・ 実施]	実施日：(年		月		日)								
	所見：(
遺伝学的検査	CT検査（頭部）：[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：(
家族歴	本疾患の家族歴：[なし ・ あり ・ 不明]															
	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）：(
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)		通院頻度 ()回／月
	治療見込み期間（外来） 開始日：(年		月		日)		終了日：(年		月		日)			
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 ()																