

| | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------|-------|--|--|--|---------------|---|--|----------------------|--|-------------------------------------|--|---------------|--|
| 告示番号 | | 34 | | 内分泌疾患 | | () | | 年度 | | 小児慢性特定疾病 医療意見書〈継続申請用〉 | | 1/2 | |
| 病名 | | 10 抗利尿ホルモン（ADH）不適切分泌症候群 | | | | | | 受付種別 | | <input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 | | | |
| 受給者番号 | | | | 受診日 | | 年 月 日 | | | | <input type="checkbox"/> 転入 → () | | | |
| 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) 年 月 日 | | 体重 (測定日) | | kg (SD) 年 月 日 | | BMI | | | |
| | | | | | | | | | | 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 (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] 脱水：[なし ・ あり] 浮腫：[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 (申請時) ※直近の状況を記載 | | | | | | | | | | | | | |
| 尿検査 | | 尿蛋白 (定性)：[- ・ ± ・ 1+ ・ 2+ ・ 3+ ・ 4+] 尿潜血 (定性)：[- ・ ± ・ 1+ ・ 2+ ・ 3+] 尿浸透圧：()mOsm/kg・H ₂ 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 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 ₂ O 血漿レニン活性 (PRA)：()ng/mL/hr ・ 未実施 コルチゾール：()μg/dL | | | | | | | | | | | |
| 画像検査 | | CTまたはMRI検査 (頭部)：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 下垂体腺腫：[なし ・ あり] | | | | | | | | | | | |
| その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載 | | | | | | | | | | | | | |
| 合併症 | | 中枢神経疾患：[なし ・ あり] 疾患名：() | | | | | | | | | | | |
| | | 内分泌疾患：[なし ・ あり] 疾患名：() | | | | | | | | | | | |
| | | 肺疾患：[なし ・ あり] 疾患名：() | | | | | | | | | | | |
| | | 薬剤性：[なし ・ あり] 原因薬剤名：() | | | | | | | | | | | |
| | | 合併症 (その他)：() | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| 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)：() | | | | | | | | | | | |
| 水分制限 | | 水分制限：[なし ・ あり] | | | | | | | | | | | |
| 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)：() | | | | | | | | | | | |

受給者番号() 患者氏名()

| | | | | | | |
|-------------|-------------|-------|------------------|----|-----------------------|-------------|
| 告示番号 | 34 | 内分泌疾患 | (| 年度 | 小児慢性特定疾病 医療意見書〈継続申請用〉 | 2/2 |
| 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：(|
| | 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 |
| 医療機関住所 | | | | | | 日 |
| | | | 診療科 | | | |
| | | | 医師名 | | (印) | |
| | | | 小児慢性特定疾病 指定医番号 (| |) | |