

告示番号		74		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		13 腎性尿崩症						受付種別		<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ()			
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 (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) 体表面積：() m ²											
症 状	全身	不明熱：[なし ・ あり] 体重減少：[なし ・ あり] 低血圧：[なし ・ あり] 口渇：[なし ・ あり] 多飲：[なし ・ あり] 脱水 (高張性)：[なし ・ あり] 皮膚ツルゴール低下：[なし ・ あり]											
	腎・泌尿器	多尿：[なし ・ あり]											
	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		一日尿量 (実測)：()mL/日 一日尿量 (体表面積当)：()mL/m ² /日 ・ 未実施 尿蛋白 (定性)：[- ・ ± ・ 1+ ・ 2+ ・ 3+ ・ 4+] 尿潜血 (定性)：[- ・ ± ・ 1+ ・ 2+ ・ 3+]											
		尿沈渣：[異常なし ・ 異常あり] 所見：()											
		尿浸透圧：()mOsm/kg・H ₂ O						尿浸透圧 (AVP または DDAVP 投与後)：()mOsm/kg・H ₂ O					
血液検査		ヘマトクリット (Ht)：()% 血清Cl：()mEq/L 血清クレアチニン：()mg/dL						血清Na：()mEq/L 血清Ca：()mg/dL 血漿抗利尿ホルモン：()pg/mL		血清K：()mEq/L BUN：()mg/dL 血清浸透圧：()mOsm/kg・H ₂ O			
画像検査		CT または MRI 検査 (頭部)：[未実施 ・ 実施]						実施日：(年 月 日)		頭蓋内石灰化：[なし ・ あり]			
遺伝学的検査		遺伝子検査：[未実施 ・ 実施] 所見：()						実施日：(年 月 日)					
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：()											
		常用薬：()											
		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)：()											

受給者番号() 患者氏名()

告示番号	74	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：(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 ()	