

告示番号		70		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〉															
病名		46及び47に掲げるもののほか、低アルドステロン症 (具体的な疾病名：)										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	
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] 体重増加不良：[なし ・ あり] 脱水：[なし ・ あり]																	
	消化器	悪心・嘔吐：[なし ・ あり]																	
	皮膚・粘膜	色素沈着：[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		尿中ナトリウム：()mEq/L 尿中カリウム：()mEq/L 尿中アルドステロン：()µg/day 尿中遊離コルチゾール：()µg/day ・ 未実施																	
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 ACTH：()pg/mL コルチゾール：()µg/dL 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																	
血液ガス分析		pH：()																	
画像検査		超音波検査またはCTまたはMRI検査 (腹部)：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 副腎過形成：[なし ・ あり]																	
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 医療機関住所										記載年月日 年 月 日 診療科 医師名 (印) 小児慢性特定疾病 指定医番号 ()									