

告示番号		86		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		44 見かけの鉱質コルチコイド過剰症候群 (AME 症候群)						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) 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 ( 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													
身体所見		血圧：収縮期：( ) mmHg 拡張期：( ) mmHg 実施日：( 年 月 日 )											
症状	全身	低身長 ( -2.0SD 以下 ) : [ なし ・ あり ] 多飲 : [ なし ・ あり ]											
	腎・泌尿器	多尿 : [ なし ・ あり ]											
	消化器	悪心・嘔吐 : [ なし ・ あり ]											
	筋・骨格	筋力低下 : [ なし ・ あり ]											
	精神・神経	頭痛 : [ なし ・ あり ] 四肢麻痺 : [ なし ・ あり ・ 不明 ] しびれ : [ なし ・ あり ]											
	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	低身長 ( -2.0SD 以下 ) : [ なし ・ あり ] 多飲 : [ なし ・ あり ]											
	腎・泌尿器	多尿 : [ なし ・ あり ]											
	消化器	悪心・嘔吐 : [ なし ・ あり ]											
	筋・骨格	筋力低下 : [ なし ・ あり ]											
	精神・神経	頭痛 : [ なし ・ あり ] 四肢麻痺 : [ なし ・ あり ・ 不明 ] しびれ : [ なし ・ あり ]											
	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													
尿検査		尿中アルドステロン : ( ) µg/day 尿中コルチゾール / コルチゾン代謝産物比 : ( )											
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 ) 副腎腺腫 : [ なし ・ あり ]											
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		尿中アルドステロン : ( ) µg/day 尿中コルチゾール / コルチゾン代謝産物比 : ( )											
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											

受給者番号( ) 患者氏名( )

告示番号	86	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 )      副腎腺腫：[ なし ・ あり ]						
遺伝学的検査	遺伝子検査：[ 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：( )						
出生歴	子宮内発育遅延：[ なし ・ あり ]						
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		(      )	