

告示番号		78		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		26 副甲状腺機能亢進症						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)		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 )											
症状	全身	易疲労性：[ なし ・ あり ]											
	腎・泌尿器	肉眼的血尿：[ なし ・ あり ] 排尿痛：[ なし ・ あり ] 多尿：[ なし ・ あり ]											
	消化器	腹痛：[ 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				1,25-(OH) <sub>2</sub> ビタミンD：( )pg/mL			
		25-OHビタミンD：( )ng/mL ・ 未実施											
骨塩定量検査		骨塩定量検査 (DEXA法)：[ 未実施 ・ 実施 ]						実施日：( 年 月 日 )					
		部位：[ 腰椎 ・ その他 ]						骨密度：( )g/cm <sup>2</sup>		同年齢比較：( )%			
画像検査		超音波検査 (腎・尿路)：[ 未実施 ・ 実施 ]						実施日：( 年 月 日 )					
		所見：( )											
		単純X線検査 (骨)：[ 未実施 ・ 実施 ]						実施日：( 年 月 日 )					
遺伝学的検査		CT検査 (腹部)：[ 未実施 ・ 実施 ]						実施日：( 年 月 日 )					
		所見：( )											
		遺伝子検査：[ 未実施 ・ 実施 ]						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：( )											
		薬物療法 (その他)：( )											

受給者番号( ) 患者氏名( )

告示番号	78	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
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 ( )											