

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〈新規申請用〉		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"/> 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) 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													
診断		原疾患：[ なし ・ あり ] 原疾患名：( )											
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)：( )											
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 (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		尿蛋白 (定性)：[ - ・ ± ・ 1+ ・ 2+ ・ 3+ ・ 4+ ] 尿浸透圧：( )mOsm/kg・H <sub>2</sub> O				尿潜血 (定性)：[ - ・ ± ・ 1+ ・ 2+ ・ 3+ ] 尿中ナトリウム：( )mEq/L							
血液検査		血清Na：( )mEq/L 血清K：( )mEq/L 血清クレアチニン：( )mg/dL 血清尿酸：( )mg/dL 血清浸透圧：( )mOsm/kg・H <sub>2</sub> O 血漿レニン活性 (PRA)：( )ng/mL/hr ・ 未実施				BUN：( )mg/dL 血漿抗利尿ホルモン：( )pg/mL 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 ]											
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+ ] 尿浸透圧：( )mOsm/kg・H <sub>2</sub> O				尿潜血 (定性)：[ - ・ ± ・ 1+ ・ 2+ ・ 3+ ] 尿中ナトリウム：( )mEq/L							
血液検査		血清Na：( )mEq/L 血清K：( )mEq/L 血清クレアチニン：( )mg/dL 血清尿酸：( )mg/dL 血清浸透圧：( )mOsm/kg・H <sub>2</sub> O 血漿レニン活性 (PRA)：( )ng/mL/hr ・ 未実施				BUN：( )mg/dL 血漿抗利尿ホルモン：( )pg/mL 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：( )											

合併症	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）：( )	
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	
	小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )	