

告示番号		67		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		14 中枢性塩喪失症候群						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													
症状		全身		体重減少: [なし ・ あり] 低血圧: [なし ・ あり] 脱水: [なし ・ あり] 皮膚ツルゴール低下: [なし ・ あり] 他に低ナトリウム血症を来す明らかな原因がない: [非該当 ・ 該当]									
		その他		症状 (その他): ()									
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
症状		全身		体重減少: [なし ・ あり] 低血圧: [なし ・ あり] 脱水: [なし ・ あり] 皮膚ツルゴール低下: [なし ・ あり] 他に低ナトリウム血症を来す明らかな原因がない: [非該当 ・ 該当]									
		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		尿浸透圧: ()mOsm/kg・H ₂ O 尿中ナトリウム: ()mEq/L 尿中クレアチニン: ()mg/dL Na 摂取と排泄のバランス: [マイナス ・ プラス ・ 不明]											
血液検査		ヘマトクリット (Ht): ()% 血清 Na: ()mEq/L 血清 K: ()mEq/L 血清 Cl: ()mEq/L 血清 Ca: ()mg/dL BUN: ()mg/dL 血清クレアチニン: ()mg/dL 血清尿酸: ()mg/dL 血漿抗利尿ホルモン: ()pg/mL 血清浸透圧: ()mOsm/kg・H ₂ O BNP: ()pg/mL・未実施											
画像検査		CTまたはMRI検査 (頭部): [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		尿浸透圧: ()mOsm/kg・H ₂ O 尿中ナトリウム: ()mEq/L 尿中クレアチニン: ()mg/dL Na 摂取と排泄のバランス: [マイナス ・ プラス ・ 不明]											
血液検査		ヘマトクリット (Ht): ()% 血清 Na: ()mEq/L 血清 K: ()mEq/L 血清 Cl: ()mEq/L 血清 Ca: ()mg/dL BUN: ()mg/dL 血清クレアチニン: ()mg/dL 血清尿酸: ()mg/dL 血漿抗利尿ホルモン: ()pg/mL 血清浸透圧: ()mOsm/kg・H ₂ O BNP: ()pg/mL・未実施											
画像検査		CTまたはMRI検査 (頭部): [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: ()											
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): ()											

