

告示番号		73		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		12 口渇中枢障害を伴う高ナトリウム血症（本態性高ナトリウム血症）								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	体重減少：[ なし ・ あり ] 低血圧：[ なし ・ あり ] 口渇：[ なし ・ あり ] 脱水：[ なし ・ あり ] 皮膚ツルゴール低下：[ なし ・ あり ] 他に高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													
身体所見		血圧：収縮期：( )mmHg 拡張期：( )mmHg 実施日：( 年 月 日 )											
症状	全身	体重減少：[ なし ・ あり ] 低血圧：[ なし ・ あり ] 口渇：[ なし ・ あり ] 脱水：[ なし ・ あり ] 皮膚ツルゴール低下：[ なし ・ あり ] 他に高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 <sub>2</sub> O 尿中ナトリウム：( )mEq/L 尿浸透圧 (AVPまたはDDAVP投与後)：( )mOsm/kg・H <sub>2</sub> O 尿中クレアチニン：( )mg/dL											
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 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 <sub>2</sub> 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 ) 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		尿浸透圧：( )mOsm/kg・H <sub>2</sub> O 尿中ナトリウム：( )mEq/L 尿浸透圧 (AVPまたはDDAVP投与後)：( )mOsm/kg・H <sub>2</sub> O 尿中クレアチニン：( )mg/dL											
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 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 <sub>2</sub> 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 ) 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		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)：( )											

2021a-001