

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〈継続申請用〉											
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"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → （ ）	
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 (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 (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 尿浸透圧 (AVPまたはDDAVP投与後)：()mOsm/kg・H ₂ 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 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) 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)：()													
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 医療機関住所						記載年月日 年 月 日 診療科 医師名 小児慢性特定疾病 指定医番号 ()									