

告示番号 <b>34</b>		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	10 抗利尿ホルモン (ADH) 不適切分泌症候群			受付種別	<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ( )	
保険情報	保険者番号 ( ) 被保険者記号 ( ) 被保険者番号 ( ) 被保険者個人単位枝番 ( ) 資格取得年月日 年 月 日					
氏名	(セイメイ) (姓名)		以前の登録氏名 (変更のある場合)	(セイメイ) (姓名)		
住所	郵便番号 ( - ) 都道府県 ( ) 市区町村 ( ) 丁目番地等 ( )					
生年月日	年 月 日			性別	男性 ・ 女性 ・ 性別未決定	
出生地	都道府県 ( ) 市区町村 ( )					
出生体重	g	出生週数	在胎 週 日			
発症時期	年 月 頃		記載時の年齢	満 歳 か月 日		
現在の身長・体重	身長 (測定日)	cm ( SD)		体重 (測定日)	kg ( SD)	
		年 月 日	年 月 日		BMI	%
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						
最終受診日	( 年 月 日 )					
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 (申請時) ※直近の状況を記載						
尿検査	尿蛋白 (定性)：[ - ・ ± ・ 1+ ・ 2+ ・ 3+ ・ 4+ ]		尿潜血 (定性)：[ - ・ ± ・ 1+ ・ 2+ ・ 3+ ]			
	尿浸透圧：( )mOsm/kg・H <sub>2</sub> O		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	血漿レニン活性 (PRA)：( )ng/mL/hr	未実施	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：( )					
	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
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 ( )			
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
医療機関所在地		診断年月日	年	月 日
電話番号		診療科		
		医師名		
		小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )		

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年 月 日
公費負担者番号	
認定結果	[ 認定 ・ 不認定 ]
研究同意の有無	[ 有 ・ 無 ]
受給者番号	受給者番号 ( ) 有効期限 年 月 日
階層区分	[ 生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他 ]
保険情報	保険者番号 ( ) 被保険者記号 ( ) 被保険者番号 ( ) 被保険者個人単位枝番 ( ) 資格取得年月日 年 月 日