

告示番号	75	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)	1/3		
病名	11 中枢性尿崩症				受付種別	<input type="checkbox"/> 新規		
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)		以前の登録氏名 (変更のある場合)	(セイメイ) (姓)				
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)		BMI	
		年 月 日	年 月 日		年 月 日	肥満度	%	
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	治療 ・ 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								
最終受診日	(年 月 日)							
診断	原疾患: [なし ・ あり] 原疾患名: ()							
病型	病型 (中枢性尿崩症): [特発性 ・ 家族性 ・ 続発性]							
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] 体重増加不良: [なし ・ あり] 多飲: [なし ・ あり] 脱水: [なし ・ あり]						
	腎・泌尿器	多尿: [なし ・ あり]						
	呼吸器・循環器	ショック: [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] 体重増加不良: [なし ・ あり] 多飲: [なし ・ あり] 脱水: [なし ・ あり]						
	腎・泌尿器	多尿: [なし ・ あり]						
	呼吸器・循環器	ショック: [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								
負荷試験	パンプレシン負荷試験 (水溶性ピロレシン5単位皮下注後30分ごとに2時間採尿): [未実施 ・ 実施] 尿量減少: [なし ・ あり] 尿浸透圧: ()mOsm/kg							
	水制限試験: [未実施 ・ 実施]		実施日: (年 月 日)		最大血清浸透圧: ()mOsm/kg・H ₂ O			最大尿浸透圧: ()mOsm/kg・H ₂ O
	ADH頂値: ()pg/mL							
尿検査	高張食塩水負荷試験: [未実施 ・ 実施]		実施日: (年 月 日)		最大血清浸透圧: ()mOsm/kg・H ₂ O			最大尿浸透圧: ()mOsm/kg・H ₂ O
	ADH頂値: ()pg/mL							
	尿浸透圧: ()mOsm/kg・H ₂ O		尿浸透圧 (AVPまたはDDAVP投与後): ()mOsm/kg・H ₂ O		尿中ナトリウム: ()mEq/L			

告示番号 **75** 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) **2/3**

血液検査	血清Na : ()mEq/L BUN : ()mg/dL 血漿抗利尿ホルモン : ()pg/mL	血清K : ()mEq/L 血清クレアチニン : ()mg/dL 血清浸透圧 : ()mOsm/kg・H ₂ O	血清Cl : ()mEq/L 血清尿酸 : ()mg/dL 血清浸透圧 : ()mOsm/kg・H ₂ O	血清Ca : ()mg/dL 血清尿酸 : ()mg/dL コルチゾール : ()μg/dL
画像検査	画像検査 : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 検査名 : () 所見 : ()			
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載				
負荷試験	パンプレシン負荷試験 (水溶性ピトレシン5単位皮下注後30分ごとに2時間採尿) : [未実施 ・ 実施] 尿量減少 : [なし ・ あり] 尿浸透圧 : ()mOsm/kg			
	水制限試験 : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 最大血清浸透圧 : ()mOsm/kg・H ₂ O 最大尿浸透圧 : ()mOsm/kg・H ₂ O ADH頂値 : ()pg/mL			
	高張食塩水負荷試験 : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 最大血清浸透圧 : ()mOsm/kg・H ₂ O 最大尿浸透圧 : ()mOsm/kg・H ₂ O ADH頂値 : ()pg/mL			
尿検査	尿浸透圧 : ()mOsm/kg・H ₂ O 尿浸透圧 (AVPまたはDDAVP投与後) : ()mOsm/kg・H ₂ O 尿中ナトリウム : ()mEq/L			
血液検査	血清Na : ()mEq/L BUN : ()mg/dL 血漿抗利尿ホルモン : ()pg/mL	血清K : ()mEq/L 血清クレアチニン : ()mg/dL 血清浸透圧 : ()mOsm/kg・H ₂ O	血清Cl : ()mEq/L 血清尿酸 : ()mg/dL 血清浸透圧 : ()mOsm/kg・H ₂ O	血清Ca : ()mg/dL 血清尿酸 : ()mg/dL コルチゾール : ()μg/dL
画像検査	画像検査 : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 検査名 : () 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) : ()			
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