

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〈継続申請用〉		1/2	
病名		11 中枢性尿崩症						受付種別		☐ 継続 転出実施主体名 ☐ 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)				BMI	
			年 月 日					年 月 日					
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] 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 (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 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 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)：()											

