

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		☐ 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				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)															
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 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]															
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）：()															

