

告示番号 74		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	13 腎性尿崩症			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 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		年 月 日	BMI 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) 体表面積：()m ²					
症状	全身	不明熱：[なし ・ あり] 体重減少：[なし ・ あり]		低血圧：[なし ・ あり] 口渇：[なし ・ あり]		
	腎・泌尿器	多尿：[なし ・ あり]		脱水 (高張性)：[なし ・ あり] 皮膚ツルゴール低下：[なし ・ あり]		
	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) 体表面積：()m ²					
症状	全身	不明熱：[なし ・ あり] 体重減少：[なし ・ あり]		低血圧：[なし ・ あり] 口渇：[なし ・ あり]		
	腎・泌尿器	多尿：[なし ・ あり]		脱水 (高張性)：[なし ・ あり] 皮膚ツルゴール低下：[なし ・ あり]		
	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	水利限試験：[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	一日尿量 (実測)：()mL/日		一日尿量 (体表面積当)：()mL/m ² /日 ・ 未実施			
	尿蛋白 (定性)：[- ・ ± ・ 1+ ・ 2+ ・ 3+ ・ 4+]		尿潜血 (定性)：[- ・ ± ・ 1+ ・ 2+ ・ 3+]			
	尿沈渣：[異常なし ・ 異常あり]		所見：()			
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				
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		血清Ca：()mg/dL		BUN：()mg/dL		
血清クレアチニン：()mg/dL		血漿抗利尿ホルモン：()pg/mL		血清浸透圧：()mOsm/kg・H ₂ O		
画像検査	CTまたはMRI検査 (頭部)：[未実施 ・ 実施]		実施日：(年 月 日)		頭蓋内石灰化：[なし ・ あり]	
遺伝学的検査	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施]		実施日：(年 月 日)			
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載						
尿検査	一日尿量 (実測)：()mL/日		一日尿量 (体表面積当)：()mL/m ² /日 ・ 未実施			
	尿蛋白 (定性)：[- ・ ± ・ 1+ ・ 2+ ・ 3+ ・ 4+]		尿潜血 (定性)：[- ・ ± ・ 1+ ・ 2+ ・ 3+]			
	尿沈渣：[異常なし ・ 異常あり]		所見：()			
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				

告示番号 **74** 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) **2/2**

血液検査	ヘマトクリット (Ht) : () % 血清 Cl : () mEq/L 血清クレアチニン : () mg/dL	血清 Na : () mEq/L 血清 Ca : () mg/dL 血清抗利尿ホルモン : () pg/mL	血清 K : () mEq/L BUN : () mg/dL 血清浸透圧 : () mOsm/kg · H ₂ O
画像検査	CTまたはMRI検査 (頭部) : [未実施 ・ 実施]	実施日 : (年 月 日)	頭蓋内石灰化 : [なし ・ あり]
遺伝学的検査	遺伝子検査 : [未実施 ・ 実施] 所見 : ()	実施日 : (年 月 日)	
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 : ()		
家族歴	本疾患の家族歴 : [なし ・ あり ・ 不明] 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 : ()		
	常用薬 : ()		
	薬物療法 (その他) : ()		
手術	手術 : [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 術式 : ()	実施日 : (年 月 日)	
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