

告示番号		67		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		14 中枢性塩喪失症候群							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)											
症状	全身	体重減少:[なし ・ あり] 低血圧:[なし ・ あり] 脱水:[なし ・ あり] 皮膚ツルゴール低下:[なし ・ あり] 他に低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													
症状	全身	体重減少:[なし ・ あり] 低血圧:[なし ・ あり] 脱水:[なし ・ あり] 皮膚ツルゴール低下:[なし ・ あり] 他に低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 尿中クレアチニン:()mg/dL Na摂取と排泄のバランス:[マイナス ・ プラス ・ 不明]											
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) 所見:()											
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 尿中クレアチニン:()mg/dL Na摂取と排泄のバランス:[マイナス ・ プラス ・ 不明]											
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) 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):()											

