

|                        |         |                                                                                                                                                                                                 |                                            |        |                             |                      |                      |               |      |                                                                          |  |     |     |
|------------------------|---------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|--------|-----------------------------|----------------------|----------------------|---------------|------|--------------------------------------------------------------------------|--|-----|-----|
| 告示番号                   |         | 80                                                                                                                                                                                              |                                            | 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                     |         | 27 副甲状腺欠損症                                                                                                                                                                                      |                                            |        |                             |                      |                      | 受付種別          |      | <input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名<br><input type="checkbox"/> 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 ( )<br>資格取得年月日 年 月 日                                                                                                                                 |                                            |        |                             |                      |                      |               |      |                                                                          |  |     |     |
| 氏名                     |         | (セイメイ)<br>(姓)                                                                                                                                                                                   |                                            |        |                             | 以前の登録氏名<br>(変更のある場合) |                      | (セイメイ)<br>(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<br>身長・体重           |         | 身長<br>(測定日)                                                                                                                                                                                     | cm ( SD)                                   |        |                             | 体重<br>(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                     | 呼吸器・循環器 | 心雑音：[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                                 |                                            |        |                             |                      |                      |               |      |                                                                          |  |     |     |
|                        | 精神・神経   | テタニー：[ なし ・ あり ] 痙攣：[ なし ・ あり ]<br>精神運動発達遅滞：[ なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明 ]                                                                                                              |                                            |        |                             |                      |                      |               |      |                                                                          |  |     |     |
|                        | 耳鼻咽喉    | 難聴：[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                                  |                                            |        |                             |                      |                      |               |      |                                                                          |  |     |     |
|                        | 眼       | 視力障害：[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                                |                                            |        |                             |                      |                      |               |      |                                                                          |  |     |     |
|                        | その他     | 症状 (その他)：( )                                                                                                                                                                                    |                                            |        |                             |                      |                      |               |      |                                                                          |  |     |     |
| 検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載   |         |                                                                                                                                                                                                 |                                            |        |                             |                      |                      |               |      |                                                                          |  |     |     |
| 尿検査                    |         | 尿中クレアチニン：( )mg/dL 尿中カルシウム：( )mg/dL                                                                                                                                                              |                                            |        |                             |                      |                      |               |      |                                                                          |  |     |     |
| 血液検査                   |         | 血清アルブミン：( )g/dL ALP：( )U/L 血清Ca：( )mg/dL<br>血清P：( )mg/dL 血清Mg：( )mg/dL BUN：( )mg/dL<br>血清クレアチニン：( )mg/dL intact PTH：( )pg/mL 1,25-(OH) <sub>2</sub> ビタミンD：( )pg/mL<br>25-OHビタミンD：( )ng/mL ・ 未実施 |                                            |        |                             |                      |                      |               |      |                                                                          |  |     |     |
| 画像検査                   |         | 単純X線検査 (骨)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )<br>所見：( )                                                                                                                                                 |                                            |        |                             |                      |                      |               |      |                                                                          |  |     |     |
|                        |         | CT 検査 (頭部)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )<br>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 ]<br>詳細：( )                                                                                                                                                                       |                                            |        |                             |                      |                      |               |      |                                                                          |  |     |     |
| 家族歴                    |         | 本疾患の家族歴：[ なし ・ あり ・ 不明 ]<br>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 ]<br>詳細：( )                                                                                                                                                                      |                                            |        |                             |                      |                      |               |      |                                                                          |  |     |     |
|                        |         | 機能抑制療法：[ なし ・ あり ]<br>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 )<br>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 ）<br>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） ・<br>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 ・<br>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 （      ）                                                                                                                                           |  |  |  |  |

| 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 ( )<br>被保険者番号 ( ) 被保険者個人単位枝番 ( )<br>資格取得年月日 年 月 日 |