

告示番号	79	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	28 副甲状腺機能低下症 (副甲状腺欠損症を除く。)				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 か月 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		BMI	%
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	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] □周囲や手足などのしびれ、知覚障害：[なし ・ あり] 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	特徴的な顔貌：[なし ・ あり] 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	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] □周囲や手足などのしびれ、知覚障害：[なし ・ あり] 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	特徴的な顔貌：[なし ・ あり] 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			
	血清P：()mg/dL	血清Mg：()mg/dL	BUN：()mg/dL			
	血清クレアチニン：()mg/dL	intact PTH：()pg/mL	1,25-(OH) ₂ ビタミンD：()pg/mL			
	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)			
	所見：()					
CT検査 (頭部)：[未実施 ・ 実施]	実施日：(年 月 日)					
	所見：()					
遺伝学的検査	遺伝子検査：[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	尿中クレアチニン：()mg/dL		尿中カルシウム：()mg/dL			

告示番号	79	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	血清アルブミン：()g/dL 血清P：()mg/dL 血清クレアチニン：()mg/dL 25-OHビタミンD：()ng/mL	ALP：()U/L 血清Mg：()mg/dL intact PTH：()pg/mL	未実施	血清Ca：()mg/dL BUN：()mg/dL 1,25-(OH) ₂ ビタミンD：()pg/mL		
画像検査	単純X線検査 (骨)：[未実施 ・ 実施] 所見：()	実施日：()年 ()月 ()日				
	CT検査 (頭部)：[未実施 ・ 実施] 所見：()	実施日：()年 ()月 ()日				
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：()					
	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