

告示番号 36		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	30 自己免疫性多内分泌腺症候群 2型			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)		BMI	
		年 月 日	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	易疲労性: [なし ・ あり]		多飲: [なし ・ あり]		浮腫: [なし ・ あり]		
	内分泌・代謝	甲状腺腫: [なし ・ あり]						
	腎・泌尿器	多尿: [なし ・ あり]						
	精神・神経	集中力低下: [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								
症状	全身	易疲労性: [なし ・ あり]		多飲: [なし ・ あり]		浮腫: [なし ・ あり]		
	内分泌・代謝	甲状腺腫: [なし ・ あり]						
	腎・泌尿器	多尿: [なし ・ あり]						
	精神・神経	集中力低下: [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								
尿検査	尿中遊離コルチゾール: () μg/day ・ 未実施 尿検査 (その他): ()							
血液検査	TSH: () μIU/mL		free T ₃ : () pg/mL		free T ₄ : () ng/dL			
	抗甲状腺ペルオキシダーゼ抗体 (TPOAb): () U/mL		抗サイログロブリン抗体 (TgAb): () U/mL					
	抗TSH受容体抗体 (TRAb): () IU/L							
	血漿レニン活性 (PRA): () ng/mL/hr ・ 未実施		血漿レニン定量 (活性型): () pg/mL ・ 未実施					
血漿アルドステロン: () pg/mL ・ 未実施								
コルチゾール: () μg/dL		ACTH: () pg/mL		DHEA-S: () ng/mL ・ μg/dL				
HbA _{1c} : () %		血糖値 (随時): () mg/dL		GAD抗体: () U/mL ・ 未実施				
インスリン (IRI): () μU/mL		採血タイミング: [空腹時 ・ 食後]						
検査所見 (その他)	検査所見 (その他): ()							
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載								
尿検査	尿中遊離コルチゾール: () μg/day ・ 未実施 尿検査 (その他): ()							
血液検査	TSH: () μIU/mL		free T ₃ : () pg/mL		free T ₄ : () ng/dL			
	抗甲状腺ペルオキシダーゼ抗体 (TPOAb): () U/mL		抗サイログロブリン抗体 (TgAb): () U/mL					
	抗TSH受容体抗体 (TRAb): () IU/L							
	血漿レニン活性 (PRA): () ng/mL/hr ・ 未実施		血漿レニン定量 (活性型): () pg/mL ・ 未実施					
血漿アルドステロン: () pg/mL ・ 未実施								
コルチゾール: () μg/dL		ACTH: () pg/mL		DHEA-S: () ng/mL ・ μg/dL				

告示番号 **36** 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	HbA _{1c} : ()% インスリン (IRI): ()μU/mL	血糖値 (随時): ()mg/dL 採血タイミング: [空腹時 ・ 食後]	GAD抗体: ()U/mL ・ 未実施
検査所見 (その他)	検査所見 (その他): ()		
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): ()		
手術	手術: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日: (年 月 日) 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)		
	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