

|                                         |        |                                                                                                                                                                    |  |                                            |               |             |                      |                   |               |                       |                             |         |   |
|-----------------------------------------|--------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------|---------------|-------------|----------------------|-------------------|---------------|-----------------------|-----------------------------|---------|---|
| 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 ( )<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 日       |                      |                   |               |                       |                             |         |   |
| 現在の<br>身長・体重                            |        | 身長<br>(測定日)                                                                                                                                                        |  | cm ( SD)<br>年 月 日                          |               | 体重<br>(測定日) |                      | kg ( SD)<br>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 )                                                                                                                                                          |  |                                            |               |             |                      |                   |               |                       |                             |         |   |
| 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<br>尿検査 (その他)：( )                                                                                                                        |  |                                            |               |             |                      |                   |               |                       |                             |         |   |
| 血液検査                                    |        | TSH：( )μIU/mL free T <sub>3</sub> ：( )pg/mL free T <sub>4</sub> ：( )ng/dL<br>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<br>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<br>血漿アルドステロン：( )pg/mL・未実施<br>コルチゾール：( )μg/dL ACTH：( )pg/mL DHEA-S：( )ng/mL ・ μg/dL                    |  |                                            |               |             |                      |                   |               |                       |                             |         |   |
|                                         |        | HbA <sub>1c</sub> ：( )% 血糖値 (随時)：( )mg/dL GAD抗体：( )U/mL ・ 未実施<br>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<br>尿検査 (その他)：( )                                                                                                                        |  |                                            |               |             |                      |                   |               |                       |                             |         |   |
| 血液検査                                    |        | TSH：( )μIU/mL free T <sub>3</sub> ：( )pg/mL free T <sub>4</sub> ：( )ng/dL<br>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<br>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<br>血漿アルドステロン：( )pg/mL・未実施<br>コルチゾール：( )μg/dL ACTH：( )pg/mL DHEA-S：( )ng/mL ・ μg/dL                    |  |                                            |               |             |                      |                   |               |                       |                             |         |   |
|                                         |        |                                                                                                                                                                    |  |                                            |               |             |                      |                   |               |                       |                             |         |   |
|                                         |        |                                                                                                                                                                    |  |                                            |               |             |                      |                   |               |                       |                             |         |   |

