

<b>告示番号</b>	<b>9</b>	<b>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)</b>	<b>1/2</b>
-------------	----------	--	------------

病名	32 偽性副甲状腺機能低下症 (偽性偽性副甲状腺機能低下症を除く。)			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)		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	低身長 (-2.0SD以下): [ なし ・ あり ]						
	内分泌・代謝	肥満: [ なし ・ あり ]		異所性石灰化: [ なし ・ あり ]				
	筋・骨格	短指趾症: [ なし ・ あり ]						
	精神・神経	テタニー: [ なし ・ あり ]		痙攣: [ なし ・ あり ]				
	その他	精神運動発達遅滞: [ なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明 ]						
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	低身長 (-2.0SD以下): [ なし ・ あり ]						
	内分泌・代謝	肥満: [ なし ・ あり ]		異所性石灰化: [ なし ・ あり ]				
	筋・骨格	短指趾症: [ なし ・ あり ]						
	精神・神経	テタニー: [ なし ・ あり ]		痙攣: [ なし ・ あり ]				
	その他	精神運動発達遅滞: [ なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明 ]						
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								
負荷試験	Ellsworth-Howard検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) P排泄増加: [ なし ・ あり ] cAMP増加: [ なし ・ あり ]							
尿検査	尿中クレアチニン: ( )mg/dL		尿中カルシウム: ( )mg/dL		尿中リン: ( )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		25-OHビタミンD: ( )ng/mL ・ 未実施			
	TSH: ( )μIU/mL		free T <sub>4</sub> : ( )ng/dL					
画像検査	単純X線検査 (骨): [ 未実施 ・ 実施 ]		実施日: ( 年 月 日 )					
	CT検査 (頭部): [ 未実施 ・ 実施 ]		実施日: ( 年 月 日 )					
遺伝学的検査	遺伝子検査: [ 未実施 ・ 実施 ]		実施日: ( 年 月 日 )					
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載								
負荷試験	Ellsworth-Howard検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) P排泄増加: [ なし ・ あり ] cAMP増加: [ なし ・ あり ]							
尿検査	尿中クレアチニン: ( )mg/dL		尿中カルシウム: ( )mg/dL		尿中リン: ( )mg/dL			
	尿中マグネシウム: ( )mg/dL							

告示番号	9	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 TSH：( )μIU/mL	ALP：( )U/L 血清Mg：( )mg/dL intact PTH：( )pg/mL free T <sub>4</sub> ：( )ng/dL	血清Ca：( )mg/dL BUN：( )mg/dL 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 ] 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)：( )				
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