

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〉		1/2	
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		☐ 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) 年 月 日		体重 (測定日)		kg (SD) 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		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] 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] 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 尿中マグネシウム : ()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 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 ₄ : ()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)							
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 尿中マグネシウム : ()mg/dL				尿中カルシウム : ()mg/dL				尿中リン : ()mg/dL			

