

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 (継続申請用)		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	<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ()		
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) (姓名)		以前の登録氏名 (変更のある場合)	(セイメイ) (姓名)			
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	治癒 ・ 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 (申請時) ※直近の状況を記載							
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): ()						
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		
血液検査	尿中マグネシウム: ()mg/dL						
	血清アルブミン: ()g/dL	ALP: ()U/L	血清Ca: ()mg/dL		血清P: ()mg/dL		
	血清P: ()mg/dL	血清Mg: ()mg/dL	BUN: ()mg/dL		25-OHビタミンD: ()ng/mL ・ 未実施		
	血清クレアチニン: ()mg/dL	intact PTH: ()pg/mL					
画像検査	TSH: ()μIU/mL	free T ₄ : ()ng/dL					
	単純X線検査 (骨): [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)		所見: ()			
遺伝学的検査	CT検査 (頭部): [未実施 ・ 実施]		実施日: (年 月 日)		所見: ()		
	遺伝子検査: [未実施 ・ 実施]		実施日: (年 月 日)		所見: ()		
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