

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	☐ 継続 転出実施主体名 ☐ 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 （ ー ） 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)								
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