

告示番号		85		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		42 38から41までに掲げるもののほか、慢性副腎皮質機能低下症（アジソン（Addison）病を含む。）								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)				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														
具体的な疾病名		()						最終受診日		(年 月 日)				
症状	全身	易疲労性：[なし ・ あり] 哺乳力低下：[なし ・ あり] 体重増加不良：[なし ・ あり] 脱水：[なし ・ あり]												
	内分泌・代謝	低血糖：[なし ・ あり]												
	呼吸器・循環器	ショック：[なし ・ あり]												
	消化器	悪心・嘔吐：[なし ・ あり] 腹痛：[なし ・ あり]												
	皮膚・粘膜	色素沈着：[なし ・ あり]												
	精神・神経	意識障害：[なし ・ あり ・ 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	易疲労性：[なし ・ あり] 哺乳力低下：[なし ・ あり] 体重増加不良：[なし ・ あり] 脱水：[なし ・ あり]												
	内分泌・代謝	低血糖：[なし ・ あり]												
	呼吸器・循環器	ショック：[なし ・ あり]												
	消化器	悪心・嘔吐：[なし ・ あり] 腹痛：[なし ・ あり]												
	皮膚・粘膜	色素沈着：[なし ・ あり]												
	精神・神経	意識障害：[なし ・ あり ・ 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														
血液検査		血清Na：()mEq/L 血清K：()mEq/L 血清Cl：()mEq/L ACTH：()pg/mL コルチゾール：()μg/dL DHEA-S：()ng/mL ・ μg/dL 血糖値（随時）：()mg/dL 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 血漿アルドステロン：()pg/mL ・ 未実施 抗副腎皮質抗体：()倍・未実施												
		超音波検査またはCTまたはMRI検査（腹部）：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 副腎低形成：[なし ・ あり]												
		染色体検査：[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：()												

