

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 (継続申請用)		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	<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	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													
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): ()											
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
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				
画像検査	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)					
遺伝学的検査	染色体検査: [未実施 ・ 実施]					実施日:		(年 月 日)					
	所見: ()												
遺伝学的検査	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: ()							
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): ()												
手術	手術: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]					実施日:		(年 月 日)					
治療	術式: ()												
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