

|                        |       |                                                                                                                                                             |  |                                            |  |                                   |  |                   |  |                                                                                  |  |         |  |  |
|------------------------|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------|--|-----------------------------------|--|-------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------|--|---------|--|--|
| 告示番号                   |       | 1                                                                                                                                                           |  | 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                     |       | 43 アルドステロン症                                                                                                                                                 |  |                                            |  |                                   |  | 受付種別              |  | <input type="checkbox"/> 継続      転出実施主体名<br><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 ( )<br>資格取得年月日      年      月      日                                                                              |  |                                            |  |                                   |  |                   |  |                                                                                  |  |         |  |  |
| 氏名                     |       | (セイメイ)<br>(姓)                                                                                                                                               |  |                                            |  | 以前の登録氏名<br>(変更のある場合)              |  | (セイメイ)<br>(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<br>身長・体重           |       | 身長<br>(測定日)                                                                                                                                                 |  | cm (      )<br>年      月      日             |  | SD)                               |  | 体重<br>(測定日)       |  | kg (      )<br>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 (申請時) ※直近の状況を記載   |       |                                                                                                                                                             |  |                                            |  |                                   |  |                   |  |                                                                                  |  |         |  |  |
| 最終受診日                  |       | (      年      月      日 )                                                                                                                                    |  |                                            |  |                                   |  |                   |  |                                                                                  |  |         |  |  |
| 身体所見                   |       | 血圧：収縮期：(      )mmHg      拡張期：(      )mmHg      実施日：(      年      月      日 )                                                                                 |  |                                            |  |                                   |  |                   |  |                                                                                  |  |         |  |  |
| 症<br>状                 | 全身    | 多飲：[ なし ・ あり ]                                                                                                                                              |  |                                            |  |                                   |  |                   |  |                                                                                  |  |         |  |  |
|                        | 腎・泌尿器 | 多尿：[ なし ・ あり ]                                                                                                                                              |  |                                            |  |                                   |  |                   |  |                                                                                  |  |         |  |  |
|                        | 消化器   | 悪心・嘔吐：[ なし ・ あり ]                                                                                                                                           |  |                                            |  |                                   |  |                   |  |                                                                                  |  |         |  |  |
|                        | 筋・骨格  | 筋力低下：[ なし ・ あり ]                                                                                                                                            |  |                                            |  |                                   |  |                   |  |                                                                                  |  |         |  |  |
|                        | 精神・神経 | 頭痛：[ なし ・ あり ]      四肢麻痺：[ なし ・ あり ・ 不明 ]      しびれ：[ なし ・ あり ]                                                                                              |  |                                            |  |                                   |  |                   |  |                                                                                  |  |         |  |  |
|                        | その他   | 症状 (その他)：(      )                                                                                                                                           |  |                                            |  |                                   |  |                   |  |                                                                                  |  |         |  |  |
| 検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載   |       |                                                                                                                                                             |  |                                            |  |                                   |  |                   |  |                                                                                  |  |         |  |  |
| 尿検査                    |       | 尿中アルドステロン：(      )μg/day                                                                                                                                    |  |                                            |  |                                   |  |                   |  |                                                                                  |  |         |  |  |
| 血液検査                   |       | 血清Na：(      )mEq/L                                                                                                                                          |  | 血清K：(      )mEq/L                          |  | 血清Cl：(      )mEq/L                |  | BUN：(      )mg/dL |  |                                                                                  |  |         |  |  |
|                        |       | 血清クレアチニン：(      )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                                                                                                                               |  |                                            |  |                                   |  |                   |  |                                                                                  |  |         |  |  |
| 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 )      副腎腺腫：[ なし ・ あり ]                                                                |  |                                            |  |                                   |  |                   |  |                                                                                  |  |         |  |  |
| 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 ]<br>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 ]<br>詳細：(      )                                                                                                                             |  |                                            |  |                                   |  |                   |  |                                                                                  |  |         |  |  |
|                        |       | 機能抑制療法：[ なし ・ あり ]<br>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 )<br>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 (      ) |  |                                            |  |                                   |  |                   |  |                                                                                  |  |         |  |  |

