

告示番号		86		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	44 見かけの鉱質コルチコイド過剰症候群 (AME症候群)					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									
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 )								
症状	全身	低身長 (-2.0SD以下)：[ なし ・ あり ]				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				尿中コルチゾール/コルチゾン代謝産物比：( )				
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	ACTH：( )pg/mL	コルチゾール：( )µg/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								
血液ガス分析	pH：( )								
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 ]								
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：( )								
出生歴	子宮内発育遅延：[ なし ・ あり ]								
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 ) 術式：( )								
治療	治療 (その他)：( )								

告示番号	86	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〉	2/2
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