

告示番号		87		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		45 リドル (Liddle) 症候群							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													
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	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)：()											
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
身体所見		血圧：収縮期：()mmHg 拡張期：()mmHg 実施日：(年 月 日)											
症状	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 (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													
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											
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) 副腎腫瘍：[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：()											
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											

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) 副腎腫瘍：[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：()									
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）：()									
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			()		

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