

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〈継続申請用〉		1/2			
病名		45 リドル (Liddle) 症候群						受付種別		☐ 継続 転出実施主体名 ☐ 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)				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	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													
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（小中学校 ・ 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

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]
------	---

保險情報	保險者番号 () 被保險者記号 ()
	被保險者番号 () 被保險者個人單位校番 ()
	資格取得年月日 年 月 日