

告示番号		7		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	49 偽性低アルドステロン症					受付種別	<input type="checkbox"/> 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	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 ]				
	呼吸器・循環器	咳：[ なし ・ あり ]		喘鳴：[ なし ・ あり ]		多呼吸：[ 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 ]								
	皮膚・粘膜	難治性湿疹：[ なし ・ あり ]								
	精神・神経	四肢麻痺：[ なし ・ あり ・ 不明 ]								
	その他	歯牙異常：[ なし ・ あり ] 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	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 ]				
	呼吸器・循環器	咳：[ なし ・ あり ]		喘鳴：[ なし ・ あり ]		多呼吸：[ 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 ]								
	皮膚・粘膜	難治性湿疹：[ なし ・ あり ]								
	精神・神経	四肢麻痺：[ なし ・ あり ・ 不明 ]								
	その他	歯牙異常：[ なし ・ あり ] 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	尿中ナトリウム：( )mEq/L			尿中カリウム：( )mEq/L						
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			血漿アルドステロン：( )pg/mL ・ 未実施		血漿レニン定量 (活性型)：( )pg/mL ・ 未実施				
血液ガス分析	pH：( )									
病理検査	唾液中Na：( )mEq/L ・ 未実施				唾液中Cl：( )mEq/L ・ 未実施					
	汗中Na：( )mEq/L ・ 未実施				汗中Cl：( )mEq/L ・ 未実施					
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	尿中ナトリウム：( )mEq/L 尿中カリウム：( )mEq/L
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：( )
病理検査	唾液中Na：( )mEq/L ・ 未実施 唾液中Cl：( )mEq/L ・ 未実施
	汗中Na：( )mEq/L ・ 未実施 汗中Cl：( )mEq/L ・ 未実施
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 ( )

・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