

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		☐ 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：()													

