

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 (継続申請用)		1/2		
病名	49 偽性低アルドステロン症					受付種別	<input type="checkbox"/> 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	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 (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 )					
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