

告示番号		84		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		39 副腎皮質刺激ホルモン（ACTH）不応症								受付種別		<input type="checkbox"/> 新規									
受給者番号				受診日		年		月						日							
ふりがな 氏名 (Alphabet)						(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)															
生年月日		年		月		日		意見書記載時の年齢		歳		か月		日		性別		男 ・ 女 ・ 性別未決定			
出生体重				g		出生週数		在胎		週		日		出生時に住民登録をした所		()		都道府県 ()		市区町村	
現在の 身長・体重		身長 (測定日)		cm (SD)				体重 (測定日)		kg (SD)				BMI		肥満度				%	
				年		月				日		年									
発病時期		年		月		頃		初診日		年		月		日							
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 ()																			
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 (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																					
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]																	
		内分泌・代謝		低血糖: [なし ・ あり]																	
		呼吸器・循環器		ショック: [なし ・ あり]																	
		消化器		悪心・嘔吐: [なし ・ あり] アカラシア: [なし ・ あり]																	
		皮膚・粘膜		色素沈着: [なし ・ あり]																	
		精神・神経		意識障害: [なし ・ あり ・ 不明] 精神運動発達遅滞: [なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明]																	
		眼		無涙症: [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																					
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]																	
		内分泌・代謝		低血糖: [なし ・ あり]																	
		呼吸器・循環器		ショック: [なし ・ あり]																	
		消化器		悪心・嘔吐: [なし ・ あり] アカラシア: [なし ・ あり]																	
		皮膚・粘膜		色素沈着: [なし ・ あり]																	
		精神・神経		意識障害: [なし ・ あり ・ 不明] 精神運動発達遅滞: [なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明]																	
		眼		無涙症: [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																					
血液検査		血清Na: ()mEq/L 血清K: ()mEq/L 血清Cl: ()mEq/L ACTH: ()pg/mL コルチゾール: ()µg/dL 血糖値 (随時): ()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																			
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) 所見: ()																			
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																					
血液検査		血清Na: ()mEq/L 血清K: ()mEq/L 血清Cl: ()mEq/L ACTH: ()pg/mL コルチゾール: ()µg/dL 血糖値 (随時): ()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																			
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) 所見: ()																			

受給者番号() 患者氏名()

告示番号	84	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〉	2/2
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					
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				
医療機関住所						
		診療科				
		医師名 (印)				
		小児慢性特定疾病 指定医番号 ()				