

告示番号		79		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		28 副甲状腺機能低下症（副甲状腺欠損症を除く。）										受付種別		<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → （ ）							
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							
				年		月				日		年		月		日		肥満度		%	
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 (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	呼吸器・循環器	心雑音：[ なし ・ あり ]																			
	精神・神経	テタニー：[ なし ・ あり ] 痙攣：[ なし ・ あり ] □周囲や手足などのしびれ、知覚障害：[ なし ・ あり ] 精神運動発達遅滞：[ なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明 ]																			
	耳鼻咽喉	難聴：[ なし ・ あり ]																			
	眼	視力障害：[ なし ・ あり ]																			
	その他	特徴的な顔貌：[ 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		尿中クレアチニン：( )mg/dL 尿中カルシウム：( )mg/dL																			
血液検査		血清アルブミン：( )g/dL ALP：( )U/L 血清Ca：( )mg/dL 血清P：( )mg/dL 血清Mg：( )mg/dL BUN：( )mg/dL 血清クレアチニン：( )mg/dL intact PTH：( )pg/mL 1,25-(OH) <sub>2</sub> ビタミンD：( )pg/mL 25-OHビタミンD：( )ng/mL ・ 未実施																			
		単純X線検査 (骨)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 所見：( )																			
画像検査		CT検査 (頭部)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 所見：( )																			
		遺伝子的検査：[ 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：( )																			
家族歴		本疾患の家族歴：[ なし ・ あり ・ 不明 ] 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：( )																			

受給者番号( ) 患者氏名( )

告示番号	79	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〉										2/2
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
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 ( )								