

告示番号		9		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		32 偽性副甲状腺機能低下症（偽性偽性副甲状腺機能低下症を除く。）								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			
				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 (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	低身長 (−2.0SD以下) : [なし ・ あり]											
	内分泌・代謝	肥満 : [なし ・ あり]					異所性石灰化 : [なし ・ あり]						
	筋・骨格	短指趾症 : [なし ・ あり]											
	精神・神経	テタニー : [なし ・ あり] 痙攣 : [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]											
	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	低身長 (−2.0SD以下) : [なし ・ あり]											
	内分泌・代謝	肥満 : [なし ・ あり]					異所性石灰化 : [なし ・ あり]						
	筋・骨格	短指趾症 : [なし ・ あり]											
	精神・神経	テタニー : [なし ・ あり] 痙攣 : [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]											
	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													
負荷試験		Ellsworth-Howard検査 : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) P排泄増加 : [なし ・ あり] cAMP増加 : [なし ・ あり]											
尿検査		尿中クレアチニン : ()mg/dL 尿中マグネシウム : ()mg/dL		尿中カルシウム : ()mg/dL		尿中リン : ()mg/dL							
血液検査		血清アルブミン : ()g/dL 血清P : ()mg/dL 血清クレアチニン : ()mg/dL TSH : ()μIU/mL		ALP : ()U/L 血清Mg : ()mg/dL intact PTH : ()pg/mL free T ₄ : ()ng/dL		血清Ca : ()mg/dL BUN : ()mg/dL 25-OHビタミンD : ()ng/mL ・ 未実施							
画像検査		単純X線検査 (骨) : [未実施 ・ 実施] 所見 : ()		実施日 : (年 月 日)									
		CT検査 (頭部) : [未実施 ・ 実施] 所見 : ()		実施日 : (年 月 日)									
遺伝学的検査		遺伝子検査 : [未実施 ・ 実施] 所見 : ()		実施日 : (年 月 日)									
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
負荷試験		Ellsworth-Howard検査 : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) P排泄増加 : [なし ・ あり] cAMP増加 : [なし ・ あり]											
尿検査		尿中クレアチニン : ()mg/dL 尿中マグネシウム : ()mg/dL		尿中カルシウム : ()mg/dL		尿中リン : ()mg/dL							

受給者番号() 患者氏名()

告示番号		9		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	
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		25-OHビタミンD：()ng/mL		・ 未実施								
	TSH：()μIU/mL		free T ₄ ：()ng/dL												
画像検査	単純X線検査（骨）：[未実施 ・ 実施]		実施日：()年()月()日												
	所見：()														
	CT検査（頭部）：[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：()														
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）：()														
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															
医療機関住所															
記載年月日															
診療科															
医師名															
小児慢性特定疾病 指定医番号 ()															
(印)															