

告示番号		74		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		13 腎性尿崩症						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) 年 月 日		体重 (測定日)		kg ( SD) 年 月 日		BMI			
										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													
身体所見		血圧：収縮期：( )mmHg 拡張期：( )mmHg 実施日：( 年 月 日 ) 体表面積：( ) m <sup>2</sup>											
症状	全身	不明熱：[ なし ・ あり ] 体重減少：[ なし ・ あり ] 低血圧：[ なし ・ あり ] 口渇：[ なし ・ あり ] 多飲：[ なし ・ あり ] 脱水 (高張性)：[ なし ・ あり ] 皮膚ツルゴール低下：[ なし ・ あり ]											
	腎・泌尿器	多尿：[ 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													
身体所見		血圧：収縮期：( )mmHg 拡張期：( )mmHg 実施日：( 年 月 日 ) 体表面積：( ) m <sup>2</sup>											
症状	全身	不明熱：[ なし ・ あり ] 体重減少：[ なし ・ あり ] 低血圧：[ なし ・ あり ] 口渇：[ なし ・ あり ] 多飲：[ なし ・ あり ] 脱水 (高張性)：[ なし ・ あり ] 皮膚ツルゴール低下：[ なし ・ あり ]											
	腎・泌尿器	多尿：[ 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													
負荷試験		水制限試験：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 最大血清浸透圧：( )mOsm/kg・H <sub>2</sub> O 最大尿浸透圧：( )mOsm/kg・H <sub>2</sub> O ADH (頂値)：( )pg/mL											
尿検査		一日尿量 (実測)：( )mL/日 一日尿量 (体表面積当)：( )mL/m <sup>2</sup> /日 ・ 未実施 尿蛋白 (定性)：[ - ・ ± ・ 1+ ・ 2+ ・ 3+ ・ 4+ ] 尿潜血 (定性)：[ - ・ ± ・ 1+ ・ 2+ ・ 3+ ]											
		尿沈渣：[ 異常なし ・ 異常あり ] 所見：( )											
		尿浸透圧：( )mOsm/kg・H <sub>2</sub> O					尿浸透圧 (AVPまたはDDAVP投与後)：( )mOsm/kg・H <sub>2</sub> O						
血液検査		ヘマトクリット (Ht)：( )% 血清Cl：( )mEq/L 血清クレアチニン：( )mg/dL					血清Na：( )mEq/L 血清Ca：( )mg/dL 血漿抗利尿ホルモン：( )pg/mL			血清K：( )mEq/L BUN：( )mg/dL 血清浸透圧：( )mOsm/kg・H <sub>2</sub> O			
画像検査		CTまたはMRI検査 (頭部)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )					頭蓋内石灰化：[ なし ・ あり ]						
遺伝学的検査		遺伝子検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )					( )						
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
尿検査		一日尿量 (実測)：( )mL/日 一日尿量 (体表面積当)：( )mL/m <sup>2</sup> /日 ・ 未実施 尿蛋白 (定性)：[ - ・ ± ・ 1+ ・ 2+ ・ 3+ ・ 4+ ] 尿潜血 (定性)：[ - ・ ± ・ 1+ ・ 2+ ・ 3+ ]											
		尿沈渣：[ 異常なし ・ 異常あり ] 所見：( )											
		尿浸透圧：( )mOsm/kg・H <sub>2</sub> O					尿浸透圧 (AVPまたはDDAVP投与後)：( )mOsm/kg・H <sub>2</sub> O						

受給者番号( ) 患者氏名( )

告示番号	74	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	ヘマトクリット (Ht) : ( ) % 血清Cl : ( ) mEq/L 血清クレアチニン : ( ) mg/dL 血清Na : ( ) mEq/L 血清Ca : ( ) mg/dL 血清抗利尿ホルモン : ( ) pg/mL					血清K : ( ) mEq/L BUN : ( ) mg/dL 血清浸透圧 : ( ) mOsm/kg・H <sub>2</sub> O
画像検査	CTまたはMRI検査 (頭部) : [ 未実施 ・ 実施 ]					実施日 : ( ) 年 ( ) 月 ( ) 日 頭蓋内石灰化 : [ なし ・ あり ]
遺伝学的検査	遺伝子検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 所見 : ( )					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 : ( )
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 : ( )
	常用薬 : ( )					( )
	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
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			(印)
			医師名			( )
			小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )			( )