

告示番号		1		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		43 アルドステロン症						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			
		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													
身体所見		血圧：収縮期：( )mmHg 拡張期：( )mmHg 実施日：( 年 月 日 )											
症状	全身	多飲：[ なし ・ あり ]											
	腎・泌尿器	多尿：[ 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 ]											
	精神・神経	頭痛：[ なし ・ あり ] 四肢麻痺：[ なし ・ あり ・ 不明 ] しびれ：[ 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 )											
症状	全身	多飲：[ なし ・ あり ]											
	腎・泌尿器	多尿：[ 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 ]											
	精神・神経	頭痛：[ なし ・ あり ] 四肢麻痺：[ なし ・ あり ・ 不明 ] しびれ：[ 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													
尿検査		尿中アルドステロン：( )μg/day											
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 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 ) 副腎腺腫：[ なし ・ あり ]											
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
尿検査		尿中アルドステロン：( )μg/day											
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 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 ) 副腎腺腫：[ なし ・ あり ]											

受給者番号 ( ) 患者氏名 ( ) 2021a-001

告示番号 1 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

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  
医療機関住所

記載年月日 年 月 日  
診療科  
医師名  
小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )