

告示番号		83		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		38 副腎皮質刺激ホルモン (ACTH) 単独欠損症								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													
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]									
		精神・神経		意識障害 : [なし ・ あり ・ 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		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]									
		精神・神経		意識障害 : [なし ・ あり ・ 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		CRH負荷試験 : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日)				ACTH頂値 : () pg/mL コルチゾール頂値 : () μg/dL							
		インスリン負荷試験 : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日)				ACTH : 頂値 : () pg/mL コルチゾール頂値 : () μg/dL							
血液検査		血清 Na : () mEq/L 血清 K : () mEq/L ACTH : () pg/mL コルチゾール : () μg/dL				血糖値 (随時) : () mg/dL							
画像検査		CTまたはMRI検査 (頭部) : [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													
負荷試験		CRH負荷試験 : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日)				ACTH頂値 : () pg/mL コルチゾール頂値 : () μg/dL							
		インスリン負荷試験 : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日)				ACTH : 頂値 : () pg/mL コルチゾール頂値 : () μg/dL							
血液検査		血清 Na : () mEq/L 血清 K : () mEq/L ACTH : () pg/mL コルチゾール : () μg/dL				血糖値 (随時) : () mg/dL							
画像検査		CTまたはMRI検査 (頭部) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日)				所見 : ()							

受給者番号 () 患者氏名 () 2021a-001

告示番号 83 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 記載年月日 年 月 日
医療機関住所
診療科
医師名
小児慢性特定疾病 指定医番号 ()