

告示番号		68		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		47 アルドステロン合成酵素欠損症						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]									
		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]									
		皮膚・粘膜		色素沈着:[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													
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]									
		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]									
		皮膚・粘膜		色素沈着:[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		尿中ナトリウム:()mEq/L				尿中アルドステロン:()μg/day				尿中カリウム:()mEq/L			
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		ACTH:()pg/mL				コルチゾール:()μg/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)		副腎過形成:[なし ・ あり]			
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
尿検査		尿中ナトリウム:()mEq/L				尿中アルドステロン:()μg/day				尿中カリウム:()mEq/L			
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		ACTH:()pg/mL				コルチゾール:()μg/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)		副腎過形成:[なし ・ あり]			
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:()											

薬物療法	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 ()					