

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〈継続申請用〉											
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"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → （ ）	
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 (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 (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					
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: ()													
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 ()									