

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		☐ 新規			
保険情報		保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 年 月 日													
氏名		(セイメイ) (姓)						以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓)					
住所		郵便番号 (-) 都道府県 () 市区町村 () 丁目番地等 ()													
生年月日		年 月 日								性別		男性 ・ 女性 ・ 性別未決定			
出生地		都道府県 () 市区町村 ()													
出生体重		g		出生週数		在胎 週 日									
発症時期		年 月 頃		記載時の年齢		満 歳 か月 日									
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 %	
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		治療 ・ 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															
最終受診日		(年 月 日)													
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 ²													
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 ²													
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		水利限試験：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 最大血清浸透圧：()mOsm/kg・H ₂ O 最大尿浸透圧：()mOsm/kg・H ₂ 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 ² /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 ₂ O						尿浸透圧 (AVPまたはDDAVP投与後)：()mOsm/kg・H ₂ 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 ₂ 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)							
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 ² /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 ₂ O						尿浸透圧 (AVPまたはDDAVP投与後)：()mOsm/kg・H ₂ O							

