

告示番号		79		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		28 副甲状腺機能低下症（副甲状腺欠損症を除く。）										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)													
症状	呼吸器・循環器	心雑音：[なし ・ あり]													
	精神・神経	テタニー：[なし ・ あり] 痙攣：[なし ・ あり] 口周囲や手足などのしびれ、知覚障害：[なし ・ あり] 精神運動発達遅滞：[なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明]													
	耳鼻咽喉	難聴：[なし ・ あり]													
	眼	視力障害：[なし ・ あり]													
	その他	特徴的な顔貌：[なし ・ あり] 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	呼吸器・循環器	心雑音：[なし ・ あり]													
	精神・神経	テタニー：[なし ・ あり] 痙攣：[なし ・ あり] 口周囲や手足などのしびれ、知覚障害：[なし ・ あり] 精神運動発達遅滞：[なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明]													
	耳鼻咽喉	難聴：[なし ・ あり]													
	眼	視力障害：[なし ・ あり]													
	その他	特徴的な顔貌：[なし ・ あり] 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		尿中クレアチニン：()mg/dL						尿中カルシウム：()mg/dL							
血液検査		血清アルブミン：()g/dL				ALP：()U/L		血清Ca：()mg/dL							
		血清P：()mg/dL		血清Mg：()mg/dL		BUN：()mg/dL									
		血清クレアチニン：()mg/dL		intact PTH：()pg/mL		1,25-(OH) ₂ ビタミンD：()pg/mL									
		25-OHビタミンD：()ng/mL ・ 未実施													
画像検査		単純X線検査（骨）：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()													
		CT検査（頭部）：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()													
遺伝学的検査		遺伝子検査：[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															
尿検査		尿中クレアチニン：()mg/dL						尿中カルシウム：()mg/dL							

