

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		☐ 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 日							
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			%
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)											
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: ()											

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：()
-----	---------------------------