

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		☐ 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) 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]										
		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:()												

