

| | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------|--------|--|---------------------|--|--|---|--|----------------------|--|-------------------------------------|--|---------------|--|
| 告示番号 | | 58 | | 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〉 | | 1/2 | |
| 病名 | | 53 17α-水酸化酵素欠損症 | | | | | | 受付種別 | | <input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 | | | |
| 受給者番号 | | | | 受診日 | | 年 月 日 | | | | <input type="checkbox"/> 転入 → () | | | |
| 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) | | 体重 (測定日) | | kg (SD) | | BMI | | | |
| | | | | 年 月 日 | | | | 年 月 日 | | 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 | | | | | | | | | | | | | |
| 身体所見 | | 血圧：収縮期：()mmHg 拡張期：()mmHg 実施日：(年 月 日) | | | | | | | | | | | |
| 症状 | 内分泌・代謝 | | 二次性徴の欠如：[なし ・ あり] | | | | | | | | | | |
| | 筋・骨格 | | 筋力低下：[なし ・ あり] | | | | | | | | | | |
| | その他 | | 外性器異常：[なし ・ あり] | | | | | | | | | | |
| | | | 詳細：() | | | | | | | | | | |
| | | 症状 (その他)：() | | | | | | | | | | | |
| 検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載 | | | | | | | | | | | | | |
| 負荷試験 | | ACTH負荷試験：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) デオキシコルチコステロン基礎値：()ng/mL デオキシコルチコステロン頂値：()ng/mL コルチコステロン基礎値：()ng/mL コルチコステロン頂値：()ng/mL | | | | | | | | | | | |
| 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 テストステロン：()ng/mL ・ ng/dL エストラジオール (E ₂)：()pg/mL DHEA-S：()ng/mL ・ 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] | | | | | | | | | | | |
| 遺伝学的検査 | | 染色体検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：() | | | | | | | | | | | |
| | | 遺伝子検査：[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 | | | | | | | | | | | |

受給者番号() 患者氏名()

告示番号 58

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〉

2/2

医療機関・医師署名

上記の通り診断します。

医療機関名

医療機関住所

記載年月日

年

月

診療科

醫師名

小児慢性特定疾病 指定医番号 (

(EP)