

告示番号		59		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		54 21-水酸化酵素欠損症								受付種別		<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ()	
受給者番号				受診日		年 月 日							
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													
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		思春期早発:[なし ・ あり] 低血糖:[なし ・ あり]									
		消化器		悪心・嘔吐:[なし ・ あり]									
		皮膚・粘膜		痤瘡:[なし ・ あり] 多毛症:[なし ・ あり] 色素沈着:[なし ・ あり] 早発恥毛:[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) 17-OH プロゲステロン基礎値:()ng/mL 17-OH プロゲステロン頂値:()ng/mL 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											
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]											
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	59	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				記載年月日		年	月	日
医療機関住所				診療科				
				医師名				(印)
				小児慢性特定疾病 指定医番号		()