

告示番号		82		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	40 先天性副腎低形成症							受付種別	<input type="checkbox"/> 新規				
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		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 (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													
症状	全身	易疲労性: [なし ・ あり]			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]			腹痛: [なし ・ あり]								
	皮膚・粘膜	色素沈着: [なし ・ あり]											
	精神・神経	意識障害: [なし ・ あり ・ 不明] 精神運動発達遅滞: [なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 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	易疲労性: [なし ・ あり]			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]			腹痛: [なし ・ あり]								
	皮膚・粘膜	色素沈着: [なし ・ あり]											
	精神・神経	意識障害: [なし ・ あり ・ 不明] 精神運動発達遅滞: [なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 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													
血液検査	血清Na: () mEq/L		血清K: () mEq/L		血清Cl: () mEq/L		ACTH: () pg/mL						
	コルチゾール: () μg/dL		血糖値 (随時): () mg/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		副腎低形成: [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													
血液検査	血清Na: () mEq/L		血清K: () mEq/L		血清Cl: () mEq/L		ACTH: () pg/mL						
	コルチゾール: () μg/dL		血糖値 (随時): () mg/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												

告示番号 82 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〉		2/2
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) 副腎低形成:[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
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	
	小児慢性特定疾病 指定医番号 ()	