

病名	41 グルココルチコイド抵抗症					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		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]			多飲: [なし ・ あり]				
	内分泌・代謝	思春期早発: [なし ・ あり]			月経異常 (女子のみ): [なし ・ あり]				
	腎・泌尿器	多尿: [なし ・ あり]							
	筋・骨格	筋力低下: [なし ・ あり]							
	皮膚・粘膜	痤瘡: [なし ・ あり]			多毛症: [なし ・ あり]				
	精神・神経	四肢麻痺: [なし ・ あり ・ 不明]							
	その他	外性器異常: [なし ・ あり] 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]			多飲: [なし ・ あり]				
	内分泌・代謝	思春期早発: [なし ・ あり]			月経異常 (女子のみ): [なし ・ あり]				
	腎・泌尿器	多尿: [なし ・ あり]							
	筋・骨格	筋力低下: [なし ・ あり]							
	皮膚・粘膜	痤瘡: [なし ・ あり]			多毛症: [なし ・ あり]				
	精神・神経	四肢麻痺: [なし ・ あり ・ 不明]							
	その他	外性器異常: [なし ・ あり] 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)			
	副腎腫大: [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: ()								
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								
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)			
	副腎腫大: [なし ・ あり]								

告示番号 81 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

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 (印)

小児慢性特定疾病 指定医番号 ()