

告示番号 **61** 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	50 リポイド副腎過形成症					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	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	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]									
	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	外性器異常:[なし・あり]		詳細:()							
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	低血糖:[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	外性器異常:[なし・あり]		詳細:()							
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	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									
	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								
	遺伝子検査:[未実施・実施]		実施日:()年()月()日								
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	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									
	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
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 ()		