

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 (継続申請用)		1/2	
病名	50 リポイド副腎過形成症								受付種別	<input type="checkbox"/> 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							(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)						
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		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	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: () 症状 (その他): ()											
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		テストステロン: () ng/mL ・ ng/dL		コルチゾール: () µg/dL						
画像検査	血漿レニン活性 (PRA): () ng/mL/hr ・ 未実施		血漿アルドステロン: () pg/mL ・ 未実施		エストラジオール (E ₂): () pg/mL		血漿レニン定量 (活性型): () pg/mL ・ 未実施						
	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 ()

2021a-001

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〈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 日

診療科

医師名

小児慢性特定疾病 指定医番号 ()