

告示番号		57		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	51 3β-ヒドロキシステロイド脱水素酵素欠損症					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										
診断	新生児マス・スクリーニングで発見:[なし・あり]									
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):()								
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(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										
負荷試験	ACTH負荷試験:[未実施・実施]		実施日:(年 月 日)							
	コルチゾール基礎値:()μg/dL		コルチゾール頂値:()μg/dL							
	プレグネロン基礎値:()ng/mL		プレグネロン頂値:()ng/mL							
	プロゲステロン基礎値:()ng/mL		プロゲステロン頂値:()ng/mL							
	17-OHプレグネロン基礎値:()ng/mL		17-OHプレグネロン基礎値頂値:()ng/mL							
	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							
	DHEA基礎値:()ng/mL		DHEA頂値:()ng/mL							
	アンドロステンジオン基礎値:()ng/mL		アンドロステンジオン頂値:()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	DHEA-S:()ng/mL・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)	()			
	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	
負荷試験	ACTH負荷試験：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) コルチゾール基礎値：()μg/dL コルチゾール頂値：()μg/dL プレグネロン基礎値：()ng/mL プレグネロン頂値：()ng/mL プロゲステロン基礎値：()ng/mL プロゲステロン頂値：()ng/mL 17-OHプレグネロン基礎値：()ng/mL 17-OHプレグネロン基礎値頂値：()ng/mL 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 DHEA基礎値：()ng/mL DHEA頂値：()ng/mL アンドロステンジオン基礎値：()ng/mL アンドロステンジオン頂値：()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 DHEA-S：()ng/mL ・ 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
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 ()