

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 (継続申請用)		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"/> 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)					
氏名						ふりがな					
(Alphabet)						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 (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											
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: ()										
遺伝学的検査	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 ()