

病名	52 11β-水酸化酵素欠損症					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 ]								
身体所見	血圧:収縮期:( )mmHg		拡張期:( )mmHg		実施日:( 年 月 日 )				
症状	内分泌・代謝	思春期早発:[ 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									
身体所見	血圧:収縮期:( )mmHg		拡張期:( )mmHg		実施日:( 年 月 日 )				
症状	内分泌・代謝	思春期早発:[ 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									
負荷試験	ACTH負荷試験:[ 未実施・実施 ]		実施日:( 年 月 日 )						
血液検査	デオキシコルチコステロン基礎値:( )ng/mL		デオキシコルチコステロン頂値:( )ng/mL						
	11-デオキシコルチゾール基礎値:( )ng/mL		11-デオキシコルチゾール頂値:( )ng/mL						
	血清Na:( )mEq/L		血清K:( )mEq/L		血清Cl:( )mEq/L		BUN:( )mg/dL		
	血清クリアチニン:( )mg/dL		ACTH:( )pg/mL		コルチゾール:( )μg/dL				
	テストステロン:( )ng/mL・ng/dL		DHEA-S:( )ng/mL・μg/dL		DHEA:( )ng/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:( )		
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 )						
血液検査	デオキシコルチコステロン基礎値:( )ng/mL		デオキシコルチコステロン頂値:( )ng/mL						
	11-デオキシコルチゾール基礎値:( )ng/mL		11-デオキシコルチゾール頂値:( )ng/mL						
	血清Na:( )mEq/L		血清K:( )mEq/L		血清Cl:( )mEq/L		BUN:( )mg/dL		
	血清クリアチニン:( )mg/dL		ACTH:( )pg/mL		コルチゾール:( )μg/dL				
	テストステロン:( )ng/mL・ng/dL		DHEA-S:( )ng/mL・μg/dL		DHEA:( )ng/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 ]		

**告示番号 56 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 (      )			