

病名	52 11β-水酸化酵素欠損症					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 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 (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 (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) 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 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：()										
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
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 ()

(印)