

<b>告示番号</b>	<b>58</b>	<b>内分泌疾患 ( ) 年度</b>	<b>小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)</b>	<b>1/2</b>
-------------	-----------	---------------------	-------------------------------	------------

病名	53 17α-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						(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		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											
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	二次性徴の欠如:[ なし ・ あり ]									
	筋・骨格	筋力低下:[ 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	二次性徴の欠如:[ なし ・ あり ]									
	筋・骨格	筋力低下:[ 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 )		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				
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		エストラジオール (E <sub>2</sub> ):( )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 )		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				
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		エストラジオール (E <sub>2</sub> ):( )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										

告示番号 <b>58</b> 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
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 ( )	