

告示番号		58		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	53 17 α -水酸化酵素欠損症					受付種別	<input type="checkbox"/> 新規			
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 ()		資格取得年月日 年 月 日							
氏名	(セイメイ) (姓)		以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓)					
住所	郵便番号 (-) 都道府県 () 市区町村 () 丁目番地等 ()									
生年月日	年 月 日				性別	男性 ・ 女性 ・ 性別未決定				
出生地	都道府県 () 市区町村 ()									
出生体重	g		出生週数	在胎	週 日					
発症時期	年 月 頃		記載時の年齢	満	歳 か月 日					
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		年 月 日	肥満度	%			
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	治療 ・ 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										
最終受診日	(年 月 日)									
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)							
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							
	コルチコステロン基礎値：()ng/mL		コルチコステロン頂値：()ng/mL							
	血清Na：()mEq/L	血清K：()mEq/L	血清Cl：()mEq/L	BUN：()mg/dL						
	血清クレアチニン：()mg/dL	ACTH：()pg/mL	コルチゾール：() μ g/dL							
テストステロン：()ng/mL ・ ng/dL	エストラジオール (E ₂)：()pg/mL	DHEA-S：()ng/mL ・ μ g/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：()									
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							
	コルチコステロン基礎値：()ng/mL		コルチコステロン頂値：()ng/mL							
	血清Na：()mEq/L	血清K：()mEq/L	血清Cl：()mEq/L	BUN：()mg/dL						
	血清クレアチニン：()mg/dL	ACTH：()pg/mL	コルチゾール：() μ g/dL							
テストステロン：()ng/mL ・ ng/dL	エストラジオール (E ₂)：()pg/mL	DHEA-S：()ng/mL ・ μ g/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 **58** 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		
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 ()		
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
医療機関所在地	診断年月日	年	月 日
電話番号	診療科		
	医師名		
	小児慢性特定疾病 指定医番号 ()		

・ 診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年 月 日
公費負担者番号	
認定結果	[認定 ・ 不認定]
研究同意の有無	[有 ・ 無]
受給者番号	受給者番号 () 有効期限 年 月 日
階層区分	[生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 年 月 日