

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 (継続申請用)		1/2		
病名	53 17α-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 → ()	
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) (姓名)		以前の登録氏名 (変更のある場合)	(セイメイ) (姓名)		
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						
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	外生殖器異常：[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)			
	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			
血液検査	血清Na：()mEq/L		血清K：()mEq/L		血清Cl：()mEq/L	
	血清クレアチニン：()mg/dL		ACTH：()pg/mL		BUN：()mg/dL	
	テストステロン：()ng/mL ・ ng/dL		エストラジオール (E ₂)：()pg/mL		コルチゾール：() 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		DHEA-S：()ng/mL ・ μ g/dL	
	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)
遺伝学的検査	染色体検査：[未実施 ・ 実施]					実施日：(年 月 日)
	所見：()					
その他の検査	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	

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