

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 → ()			
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(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:() 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 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 ₂):()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) 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												

受給者番号 () 患者氏名 ()

2021a-001

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〉

2/2

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 ()