

告示番号		59		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	54 21-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)						
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													
診断	新生児マス・スクリーニングで発見: [ なし ・ あり ]												
症状	全身	哺乳力低下: [ なし ・ あり ]			体重増加不良: [ なし ・ あり ]			脱水: [ なし ・ あり ]					
	内分泌・代謝	思春期早発: [ なし ・ あり ]			低血糖: [ なし ・ あり ]								
	消化器	悪心・嘔吐: [ なし ・ あり ]											
	皮膚・粘膜	痤瘡: [ なし ・ あり ]			多毛症: [ なし ・ あり ]			色素沈着: [ なし ・ あり ]			早発恥毛: [ なし ・ あり ]		
	その他	外性器異常: [ なし ・ あり ] 詳細: ( ) 症状 ( その他 ): ( )											
臨床所見 ( 申請時 ) ※ 直近の状況を記載													
症状	全身	哺乳力低下: [ なし ・ あり ]			体重増加不良: [ なし ・ あり ]			脱水: [ なし ・ あり ]					
	内分泌・代謝	思春期早発: [ なし ・ あり ]			低血糖: [ なし ・ あり ]								
	消化器	悪心・嘔吐: [ なし ・ あり ]											
	皮膚・粘膜	痤瘡: [ なし ・ あり ]			多毛症: [ なし ・ あり ]			色素沈着: [ なし ・ あり ]			早発恥毛: [ 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 ( 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 ) 17-OHプロゲステロン基礎値: ( ) ng/mL 17-OHプロゲステロン頂値: ( ) ng/mL 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 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: ( )												
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 ) 17-OHプロゲステロン基礎値: ( ) ng/mL 17-OHプロゲステロン頂値: ( ) ng/mL 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												

告示番号	59	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
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 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				記載年月日
医療機関住所				年    月    日
				診療科
				医師名
				小児慢性特定疾病 指定医番号 (    )