

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 (継続申請用)		1/2	
病名	54 21-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 氏名 (Alphabet)							(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		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													
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 ]		早発脱毛: [ 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 ) 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: ( )												
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 ( )		