

告示番号		60		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	55 P450酸化還元酵素欠損症					受付種別	<input type="checkbox"/> 新規				
受給者番号		受診日	年	月	日						
ふりがな 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	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	内分泌・代謝	二次性徴の欠如:[なし・あり]									
	筋・骨格	関節拘縮:[なし・あり]				くも状指:[なし・あり]					
	皮膚・粘膜	色素沈着:[なし・あり]									
	その他	外性器異常:[なし・あり] 詳細:() 頭蓋骨癒合症:[なし・あり] 顔面低形成:[なし・あり] 症状(その他):()									
臨床所見(申請時) ※直近の状況を記載											
症状	内分泌・代謝	二次性徴の欠如:[なし・あり]									
	筋・骨格	関節拘縮:[なし・あり]				くも状指:[なし・あり]					
	皮膚・粘膜	色素沈着:[なし・あり]									
	その他	外性器異常:[なし・あり] 詳細:() 頭蓋骨癒合症:[なし・あり] 顔面低形成:[なし・あり] 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) コルチゾール基礎値:()µg/dL コルチゾール頂値:()µg/dL プレグネロン基礎値:()ng/mL プレグネロン頂値:()ng/mL プロゲステロン基礎値:()ng/mL プロゲステロン頂値:()ng/mL 17-OHプレグネロン基礎値:()ng/mL 17-OHプレグネロン基礎値頂値:()ng/mL 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 DHEA基礎値:()ng/mL DHEA頂値:()ng/mL アンドロステンジオン基礎値:()ng/mL アンドロステンジオン頂値:()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 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										
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)	
	コルチゾール基礎値: () μg/dL コルチゾール頂値: () μg/dL プレグネロン基礎値: () ng/mL プレグネロン頂値: () ng/mL プロゲステロン基礎値: () ng/mL プロゲステロン頂値: () ng/mL 17-OHプレグネロン基礎値: () ng/mL 17-OHプレグネロン基礎値頂値: () ng/mL 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 DHEA基礎値: () ng/mL DHEA頂値: () ng/mL アンドロステンジオン基礎値: () ng/mL アンドロステンジオン頂値: () 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 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	
	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: [なし ・ あり] 詳細: ()	
	出生歴: 母体の妊娠中男性化: [なし ・ あり]	
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 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 ()	