

|                          |   |  |                    |           |                     |  |  |           |       |           |  |
|--------------------------|---|--|--------------------|-----------|---------------------|--|--|-----------|-------|-----------|--|
| 病名                       | 55 P450酸化還元酵素欠損症  |  |                    |           |                     | 受付種別   | <input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名<br><input type="checkbox"/> 転入 → ( ) |           |       |           |  |
| 受給者番号                    |   | 受診日  | 年                  | 月         | 日                   |  |  |           |       |           |  |
| ふりがな<br>氏名<br>(Alphabet) |   |  |                    |           |                     | (変更があった場合)<br>ふりがな<br>以前の登録氏名<br>(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<br>身長・体重             | 身長<br>(測定日)   | cm ( SD)   |                    |           | 体重<br>(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(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 ]<br>詳細:( )<br>頭蓋骨癒合症:[ なし・あり ] 顔面低形成:[ なし・あり ]<br>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 )   |  |                    |           |                     |  |  |           |       |           |  |
|                          | コルチゾール基礎値:( )µg/dL<br>プレグネロン基礎値:( )ng/mL<br>プロゲステロン基礎値:( )ng/mL<br>17-OHプレグネロン基礎値:( )ng/mL<br>17-OHプロゲステロン基礎値:( )ng/mL<br>DHEA基礎値:( )ng/mL<br>アンドロステンジオン基礎値:( )ng/mL            |  |                    |           |                     | コルチゾール頂値:( )µg/dL<br>プレグネロン頂値:( )ng/mL<br>プロゲステロン頂値:( )ng/mL<br>17-OHプレグネロン基礎値頂値:( )ng/mL<br>17-OHプロゲステロン頂値:( )ng/mL<br>DHEA頂値:( )ng/mL<br>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<br>血清クレアチニン:( )mg/dL ACTH:( )pg/mL<br>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<br>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 )<br>所見:( )  |  |                    |           |                     |  |  |           |       |           |  |
|                          | 遺伝子検査:[ 未実施・実施 ] 実施日:( 年 月 日 )<br>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 ]<br>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 ]<br>詳細:( )  |  |                    |           |                     |  |  |           |       |           |  |
|                          | 機能抑制療法:[ なし・あり ]<br>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 )<br>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 (印)

小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )