

告示番号	62	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	56 50から55までに掲げるもののほか、先天性副腎過形成症 (具体的な疾病名:)				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	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]						
身体所見	血圧:収縮期:()mmHg		拡張期:()mmHg		実施日:(年 月 日)		
症状	全身	哺乳力低下:[なし・あり]		脱水:[なし・あり]			
	内分泌・代謝	二次性徴の欠如:[なし・あり] 低血糖:[なし・あり]		思春期早発:[なし・あり]		母体の妊娠中男性化:[なし・あり]	
	呼吸器・循環器	ショック:[なし・あり]					
	消化器	悪心・嘔吐:[なし・あり]					
	皮膚・粘膜	色素沈着:[なし・あり]					
	精神・神経	意識障害:[なし・あり・不明]					
	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							
身体所見	血圧:収縮期:()mmHg		拡張期:()mmHg		実施日:(年 月 日)		
症状	全身	哺乳力低下:[なし・あり]		脱水:[なし・あり]			
	内分泌・代謝	二次性徴の欠如:[なし・あり] 低血糖:[なし・あり]		思春期早発:[なし・あり]		母体の妊娠中男性化:[なし・あり]	
	呼吸器・循環器	ショック:[なし・あり]					
	消化器	悪心・嘔吐:[なし・あり]					
	皮膚・粘膜	色素沈着:[なし・あり]					
	精神・神経	意識障害:[なし・あり・不明]					
	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)				
	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				
	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				

告示番号 **62** 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**

尿検査	尿中アルドステロン：()μg/day	尿中遊離コルチゾール：()μg/day・未実施
血液検査	血清Na：()mEq/L 血清クレアチニン：()mg/dL 血漿レニン活性 (PRA)：()ng/mL/hr ・ 未実施 血漿アルドステロン：()pg/mL ・ 未実施	血清K：()mEq/L 血清Cl：()mEq/L ACTH：()pg/mL 血漿レニン定量 (活性型)：()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) コルチゾール基礎値：()μg/dL プレグネロン基礎値：()ng/mL プロゲステロン基礎値：()ng/mL 17-OHプレグネロン基礎値：()ng/mL 17-OHプロゲステロン基礎値：()ng/mL DHEA基礎値：()ng/mL アンドロステンジオン基礎値：()ng/mL デオキシコルチコステロン基礎値：()ng/mL コルチコステロン基礎値：()ng/mL	コルチゾール頂値：()μg/dL プレグネロン頂値：()ng/mL プロゲステロン頂値：()ng/mL 17-OHプレグネロン基礎値頂値：()ng/mL 17-OHプロゲステロン頂値：()ng/mL DHEA頂値：()ng/mL アンドロステンジオン頂値：()ng/mL デオキシコルチコステロン頂値：()ng/mL コルチコステロン頂値：()ng/mL
尿検査	尿中アルドステロン：()μg/day	尿中遊離コルチゾール：()μg/day・未実施
血液検査	血清Na：()mEq/L 血清クレアチニン：()mg/dL 血漿レニン活性 (PRA)：()ng/mL/hr ・ 未実施 血漿アルドステロン：()pg/mL ・ 未実施	血清K：()mEq/L 血清Cl：()mEq/L ACTH：()pg/mL 血漿レニン定量 (活性型)：()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 ()	