

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 (継続申請用)		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"/> 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		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										
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]			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 (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							
	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							
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									
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:()									

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〈継続申請用〉		2/2
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 ()	