

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〈新規申請用〉		1/2				
病名		54 21-水酸化酵素欠損症								受付種別		<input type="checkbox"/> 新規				
保険情報		保険者番号 ( ) 被保険者記号 ( ) 被保険者番号 ( ) 被保険者個人単位枝番 ( ) 資格取得年月日 年 月 日														
氏名		(セイメイ) (姓)						以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓)						
住所		郵便番号 ( ) 都道府県 ( ) 市区町村 ( ) 丁目番地等 ( )														
生年月日		年 月 日								性別		男性 ・ 女性 ・ 性別未決定				
出生地		都道府県 ( ) 市区町村 ( )														
出生体重		g		出生週数		在胎 週		日								
発症時期		年 月 頃		記載時の年齢		満 歳		か月 日								
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		
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		治療 ・ 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																
最終受診日		( 年 月 日 )														
診断		新生児マス・スクリーニングで発見：[ なし ・ あり ]														
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 ] 早発恥毛：[ なし ・ あり ]														
	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																
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 ] 早発恥毛：[ なし ・ あり ]														
	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 ) 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：( )														
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														

