

告示番号		56		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		52 11β-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]											
身体所見		血圧:収縮期:()mmHg 拡張期:()mmHg 実施日:(年 月 日)											
症状	内分泌・代謝	思春期早発:[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													
身体所見		血圧:収縮期:()mmHg 拡張期:()mmHg 実施日:(年 月 日)											
症状	内分泌・代謝	思春期早発:[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) 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 11-デオキシコルチゾール基礎値:()ng/mL 11-デオキシコルチゾール頂値:()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 テストステロン:()ng/mL ・ ng/dL DHEA-S:()ng/mL ・ μg/dL DHEA:()ng/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:()											
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) 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 11-デオキシコルチゾール基礎値:()ng/mL 11-デオキシコルチゾール頂値:()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 テストステロン:()ng/mL ・ ng/dL DHEA-S:()ng/mL ・ μg/dL DHEA:()ng/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]											

