

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			
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 (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]											
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											

受給者番号() 患者氏名()

告示番号	99	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
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：()					
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 () (印)			
			小児慢性特定疾病 指定医番号 ()			