

告示番号		57		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		51 3β-ヒドロキシステロイド脱水素酵素欠損症							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	低血糖：[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]											
	その他	外生殖器異常：[なし ・ あり]											
		詳細：()											
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	低血糖：[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]											
	その他	外生殖器異常：[なし ・ あり]											
		詳細：()											
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						
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		DHEA-S：()ng/mL ・ 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：()											
遺伝学的検査		遺伝子検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日)											
		所見：()											

受給者番号() 患者氏名()

告示番号		9		内分秘疾患		()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)		2/2	
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					
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 DHEA-S：()ng/mL ・ 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		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：()											
手術		薬物療法 (その他)：()											
		手術：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日：(年 月 日)											
治療		術式：()											
		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 ()													