

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〈新規申請用〉		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"/> 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]															
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] 低血糖：[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)：()																	
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] 低血糖：[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 (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								
		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								

受給者番号（ ） 患者氏名（ ）

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〈新規申請用〉										2/2																																															
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：（ ）																																		
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：（ ）																																		
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]																																																										
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（ ）																																															