

告示番号		81		内分泌疾患		()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書〈継続申請用〉		1/2	
病名		41 グルココルチコイド抵抗症						受付種別		<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名			
受給者番号				受診日		年 月 日				<input type="checkbox"/> 転入 → ()			
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 (申請時) ※直近の状況を記載													
症 状		全身		易疲労性：[なし ・ あり] 多飲：[なし ・ あり]									
		内分泌・代謝		思春期早発：[なし ・ あり] 月経異常 (女子のみ)：[なし ・ あり]									
		腎・泌尿器		多尿：[なし ・ あり]									
		筋・骨格		筋力低下：[なし ・ あり]									
		皮膚・粘膜		痤瘡：[なし ・ あり] 多毛症：[なし ・ あり]									
		精神・神経		四肢麻痺：[なし ・ あり ・ 不明]									
		その他		外性器異常：[なし ・ あり] 症状 (その他)：()									
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
血液検査		血清Na：()mEq/L 血清K：()mEq/L 血清Cl：()mEq/L ACTH：()pg/mL コルチゾール：()µg/dL 血糖値 (随時)：()mg/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) 副腎腫大：[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)：()											

受給者番号() 患者氏名()

告示番号	81	内分泌疾患 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書〈継続申請用〉										2/2		
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 ()								