

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)		1/3		
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			
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		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 ]									
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	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 )		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		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		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		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		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		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:[ 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

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: [ 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

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 ( )
---------	---

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
医療機関所在地	診断年月日	年	月 日
電話番号	診療科		
	医師名		
	小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )		

・ 診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年 月 日
公費負担者番号	
認定結果	[ 認定 ・ 不認定 ]
研究同意の有無	[ 有 ・ 無 ]
受給者番号	受給者番号 ( ) 有効期限 年 月 日
階層区分	[ 生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他 ]
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