

告示番号		56		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	52 11β-水酸化酵素欠損症							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	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]												
身体所見	血圧: 収縮期: ()mmHg		拡張期: ()mmHg		実施日: (年 月 日)								
症状	内分泌・代謝	思春期早発: [なし ・ あり]											
	その他	外性器異常: [なし ・ あり]											
		詳細: ()											
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	内分泌・代謝	思春期早発: [なし ・ あり]											
	その他	外性器異常: [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)		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		11-デオキシコルチゾール基礎値: ()ng/mL			11-デオキシコルチゾール頂値: ()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										
	テストステロン: ()ng/mL ・ ng/dL	DHEA-S: ()ng/mL ・ μg/dL	DHEA: ()ng/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)							
	遺伝子検査: [未実施 ・ 実施]					実施日: (年 月 日)							
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)		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		11-デオキシコルチゾール基礎値: ()ng/mL			11-デオキシコルチゾール頂値: ()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										
	テストステロン: ()ng/mL ・ ng/dL	DHEA-S: ()ng/mL ・ μg/dL	DHEA: ()ng/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]					

告示番号 **56** 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**

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