

告示番号		59		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	54 21-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) (姓名)		以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓名)					
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	思春期早発：[ なし ・ あり ]		低血糖：[ なし ・ あり ]						
	消化器	悪心・嘔吐：[ なし ・ あり ]								
	皮膚・粘膜	痤瘡：[ なし ・ あり ]		多毛症：[ なし ・ あり ]		色素沈着：[ なし ・ あり ]		早発恥毛：[ なし ・ あり ]		
	その他	外生殖器異常：[ 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	思春期早発：[ なし ・ あり ]		低血糖：[ なし ・ あり ]						
	消化器	悪心・嘔吐：[ なし ・ あり ]								
	皮膚・粘膜	痤瘡：[ なし ・ あり ]		多毛症：[ なし ・ あり ]		色素沈着：[ なし ・ あり ]		早発恥毛：[ なし ・ あり ]		
	その他	外生殖器異常：[ 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 )		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		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
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	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 )		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		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

告示番号	59	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
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 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