

| 告示番号 | | 60 | | 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 | 55 P450酸化還元酵素欠損症 | | | | | 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] | | | | | | | | | |
| 症状 | 内分泌・代謝 | 二次性徴の欠如:[なし ・ あり] | | | | | | | | |
| | 筋・骨格 | 関節拘縮:[なし ・ あり] | | | | くも状指:[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:() | | | | | | | | |
| | 頭蓋骨癒合症:[なし ・ あり] | | | | 顔面低形成:[なし ・ あり] 症状 (その他):() | | | | | |
| 臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載 | | | | | | | | | | |
| 症状 | 内分泌・代謝 | 二次性徴の欠如:[なし ・ あり] | | | | | | | | |
| | 筋・骨格 | 関節拘縮:[なし ・ あり] | | | | くも状指:[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:() | | | | | | | | |
| | 頭蓋骨癒合症:[なし ・ あり] | | | | 顔面低形成:[なし ・ あり] 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 |
| 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 | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| 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 | | |
| | 血漿レニン活性 (PRA): ()ng/mL/hr | 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 | | |

| | | | |
|--------|---------------------|----------------|---------|
| 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: () |
| 出生歴 | 母体の妊娠中男性化: [なし ・ あり] | |

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 |