

告示番号 <b>60</b>		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	55 P450酸化還元酵素欠損症			受付種別	<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ( )	
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 (申請時) ※直近の状況を記載						
最終受診日	( 年 月 日 )					
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 (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			
血液検査	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				
遺伝学的検査	染色体検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )					
	所見: ( )					
遺伝学的検査	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): ( )					

告示番号 <b>60</b> 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〉 <b>2/2</b>	
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