

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〈継続申請用〉		1/2					
病名		55 P450酸化還元酵素欠損症						受付種別		☐ 継続 転出実施主体名 ☐ 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)				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) 年 月 日		体重 (測定日)		kg (SD) 年 月 日		BMI							
										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 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 ・ 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: ()											
						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): ()															

