

告示番号		62		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	56 50から55までに掲げるもののほか、先天性副腎過形成症					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		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							
具体的な疾病名	()			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	全身	哺乳力低下:[なし ・ あり]		脱水:[なし ・ あり]			
	内分泌・代謝	二次性徴の欠如:[なし ・ あり]		思春期早発:[なし ・ あり]		母体の妊娠中男性化:[なし ・ あり]	
		低血糖:[なし ・ あり]					
	呼吸器・循環器	ショック:[なし ・ あり]					
	消化器	悪心・嘔吐:[なし ・ あり]					
	皮膚・粘膜	色素沈着:[なし ・ あり]					
	精神・神経	意識障害:[なし ・ あり ・ 不明]					
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	全身	哺乳力低下:[なし ・ あり]		脱水:[なし ・ あり]			
	内分泌・代謝	二次性徴の欠如:[なし ・ あり]		思春期早発:[なし ・ あり]		母体の妊娠中男性化:[なし ・ あり]	
		低血糖:[なし ・ あり]					
	呼吸器・循環器	ショック:[なし ・ あり]					
	消化器	悪心・嘔吐:[なし ・ あり]					
	皮膚・粘膜	色素沈着:[なし ・ あり]					
	精神・神経	意識障害:[なし ・ あり ・ 不明]					
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)				
	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				
	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				
	コルチコステロン基礎値:()ng/mL		コルチコステロン頂値:()ng/mL				

告示番号 **62** 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) **2/3**

尿検査	尿中アルドステロン：()μg/day	尿中遊離コルチゾール：()μg/day・未実施
血液検査	血清Na：()mEq/L 血清クレアチニン：()mg/dL 血漿レニン活性 (PRA)：()ng/mL/hr ・ 未実施 血漿アルドステロン：()pg/mL ・ 未実施	血清K：()mEq/L 血清Cl：()mEq/L ACTH：()pg/mL 血漿レニン定量 (活性型)：()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) コルチゾール基礎値：()μg/dL プレグネロン基礎値：()ng/mL プロゲステロン基礎値：()ng/mL 17-OHプレグネロン基礎値：()ng/mL 17-OHプロゲステロン基礎値：()ng/mL DHEA基礎値：()ng/mL アンドロステンジオン基礎値：()ng/mL デオキシコルチコステロン基礎値：()ng/mL コルチコステロン基礎値：()ng/mL	コルチゾール頂値：()μg/dL プレグネロン頂値：()ng/mL プロゲステロン頂値：()ng/mL 17-OHプレグネロン基礎値頂値：()ng/mL 17-OHプロゲステロン頂値：()ng/mL DHEA頂値：()ng/mL アンドロステンジオン頂値：()ng/mL デオキシコルチコステロン頂値：()ng/mL コルチコステロン頂値：()ng/mL
尿検査	尿中アルドステロン：()μg/day	尿中遊離コルチゾール：()μg/day・未実施
血液検査	血清Na：()mEq/L 血清クレアチニン：()mg/dL 血漿レニン活性 (PRA)：()ng/mL/hr ・ 未実施 血漿アルドステロン：()pg/mL ・ 未実施	血清K：()mEq/L 血清Cl：()mEq/L ACTH：()pg/mL 血漿レニン定量 (活性型)：()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 ()	

告示番号	62	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〉	3/3
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