

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		☐ 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 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 (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] 低血糖：[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]			
	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：()											
		症状 (その他)：()											
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] 低血糖：[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]			
	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：()											
		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							
		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							

上記の通り診断します。

医療機関名
医療機関所在地
電話番号

記載年月日 年 月 日
診断年月日 年 月 日

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