

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〈継続申請用〉		1/2	
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		☐ 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													
具体的な疾病名		()						最終受診日		(年 月 日)			
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：()											
		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 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											
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											
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：()											

