

告示番号		48		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〉		1/2									
病名		69 17β-ヒドロキシステロイド脱酸素酵素欠損症								受付種別		<input type="checkbox"/> 新規									
受給者番号				受診日		年		月						日							
ふりがな						(変更があった場合)															
氏名						ふりがな															
(Alphabet)						(Alphabet)															
生年月日		年		月		日		意見書記載時の年齢		歳		か月		日		性別		男 ・ 女 ・ 性別未決定			
出生体重				g		出生週数		在胎		週		日		出生時に住民登録をした所		()		都道府県 ()		市区町村	
現在の身長・体重		身長 (測定日)		cm (SD)				体重 (測定日)		kg (SD)				BMI		肥満度					
				年		月				日		年								月	
発病時期		年		月		頃		初診日		年		月		日							
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 ()																			
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		治癒 ・ 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																					
二次性徴 (Tanner分類)		二次性徴：[なし ・ あり] 思春期開始年齢：(歳 か月) 乳房発育 (女子のみ)：[I ・ II ・ III ・ IV ・ V] 年齢 (発現時)：(歳 か月) 陰毛発育 (男女共)：[I ・ II ・ III ・ IV ・ V] 年齢 (発現時)：(歳 か月) 外性器発達 (男子のみ)：[I ・ II ・ III ・ IV ・ V] 年齢 (発現時)：(歳 か月) 精巣容量：()mL																			
症状	内分泌・代謝	二次性徴の欠如または進行不全：[なし ・ あり] 月経異常 (女子のみ)：[なし ・ あり] 不妊 (女子のみ)：[なし ・ あり] 月経不順 (女子のみ)：[なし ・ あり] 無月経 (女子のみ)：[なし ・ あり] 陰核肥大 (女子のみ)：[なし ・ あり] 陰唇癒合 (女子のみ)：[なし ・ あり] 小陰茎 (男子のみ)：[なし ・ あり] 骨年齢遅延：[なし ・ あり]																			
		腎・泌尿器		停留精巣：[なし ・ あり] 部位：[腹腔内 ・ 鼠蹊部 ・ 陰嚢内] 尿道下裂：[なし ・ あり]																	
	その他	外性器異常：[なし ・ あり] 症状 (その他)：()																			
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載																					
二次性徴 (Tanner分類)		二次性徴：[なし ・ あり] 思春期開始年齢：(歳 か月) 乳房発育 (女子のみ)：[I ・ II ・ III ・ IV ・ V] 年齢 (発現時)：(歳 か月) 陰毛発育 (男女共)：[I ・ II ・ III ・ IV ・ V] 年齢 (発現時)：(歳 か月) 外性器発達 (男子のみ)：[I ・ II ・ III ・ IV ・ V] 年齢 (発現時)：(歳 か月) 精巣容量：()mL																			
症状	内分泌・代謝	二次性徴の欠如または進行不全：[なし ・ あり] 月経異常 (女子のみ)：[なし ・ あり] 不妊 (女子のみ)：[なし ・ あり] 月経不順 (女子のみ)：[なし ・ あり] 無月経 (女子のみ)：[なし ・ あり] 陰核肥大 (女子のみ)：[なし ・ あり] 陰唇癒合 (女子のみ)：[なし ・ あり] 小陰茎 (男子のみ)：[なし ・ あり] 骨年齢遅延：[なし ・ あり]																			
		腎・泌尿器		停留精巣：[なし ・ あり] 部位：[腹腔内 ・ 鼠蹊部 ・ 陰嚢内] 尿道下裂：[なし ・ あり]																	
	その他	外性器異常：[なし ・ あり] 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		GnRH (LHRH) 負荷試験：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) LH基礎値：()mIU/mL LH頂値：()mIU/mL FSH：基礎値：()mIU/mL FSH頂値：()mIU/mL																			
		hCG負荷試験：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) テストステロン基礎値：()ng/mL ・ ng/dL テストステロン頂値：()ng/mL ・ ng/dL 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 アンドロステンジオン/テストステロン比：()																			
尿検査		尿中ステロイド分析：()																			
血液検査		テストステロン：()ng/mL ・ ng/dL エストラジオール (E ₂)：()pg/mL DHEA-S：()ng/mL ・ μg/dL DHEA：()ng/mL LH：()mIU/mL FSH：()mIU/mL アンドロステンジオン/テストステロン比：() アンドロステンジオン：()ng/mL																			
病理検査		性腺組織生検：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 性腺所見：詳細：()																			
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) 子宮の存在：[なし ・ あり]																			

受給者番号() 患者氏名()

告示番号		48		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〉）							2/2	
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						SRY遺伝子：[なし・あり]	()			
	遺伝子異常（その他）：()										()	
検査所見（申請時）※直近の状況を記載												
負荷試験	GnRH（LHRH）負荷試験：[未実施・実施]	実施日：()年()月()日										
	LH基礎値：()mIU/mL	LH頂値：()mIU/mL										
	FSH基礎値：()mIU/mL	FSH頂値：()mIU/mL										
	hCG負荷試験：[未実施・実施]	実施日：()年()月()日										
	テストステロン基礎値：()ng/mL	テストステロン頂値：()ng/mL		ng/dL								
	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										
	アンドロステンジオン／テストステロン比：()											
尿検査	尿中ステロイド分析：()											
血液検査	テストステロン：()ng/mL	ng/dL		エストラジオール（E ₂ ）：()pg/mL		DHEA-S：()ng/mL		μg/dL				
	DHEA：()ng/mL	LH：()mIU/mL				FSH：()mIU/mL						
	アンドロステンジオン／テストステロン比：()			アンドロステンジオン：()ng/mL								
病理検査	性腺組織生検：[未実施・実施]	実施日：()年()月()日						()				
	性腺所見：詳細：()											
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 子宮の存在：[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						SRY遺伝子：[なし・あり]	()			
その他の所見（申請時）※直近の状況を記載												
合併症	性腺腫瘍：[なし・あり] 合併症（その他）：()											
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							
医療機関・医師署名												
上記の通り診断します。												
医療機関名 医療機関住所						記載年月日 年 月 日						
						診療科 医師名 （印）						
						小児慢性特定疾病 指定医番号（ ）						