

告示番号		56		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		52 11β-水酸化酵素欠損症						受付種別		<input type="checkbox"/> 新規			
受給者番号				受診日		年 月 日							
ふりがな 氏名 (Alphabet)						(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (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) 年 月 日		体重 (測定日)		kg (SD) 年 月 日		BMI			
										肥満度		%	
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													
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		内分泌・代謝		思春期早発：[なし ・ あり]									
		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		内分泌・代謝		思春期早発：[なし ・ あり]									
		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)											
		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					
		11-デオキシコルチゾール基礎値：()ng/mL						11-デオキシコルチゾール頂値：()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						コルチゾール：()μg/dL					
		テストステロン：()ng/mL ・ ng/dL DHEA-S：()ng/mL ・ μg/dL						DHEA：()ng/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：()											
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)											
		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					
		11-デオキシコルチゾール基礎値：()ng/mL						11-デオキシコルチゾール頂値：()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						コルチゾール：()μg/dL					
		テストステロン：()ng/mL ・ ng/dL DHEA-S：()ng/mL ・ μg/dL						DHEA：()ng/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]											

