

告示番号		60		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		55 P450酸化還元酵素欠損症								受付種別		<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ( )	
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 (申請時) ※直近の状況を記載													
症状		内分泌・代謝		二次性徴の欠如:[ なし ・ あり ]									
		筋・骨格		関節拘縮:[ なし ・ あり ] くも状指:[ なし ・ あり ]									
		皮膚・粘膜		色素沈着:[ なし ・ あり ]									
		その他		外性器異常:[ なし ・ あり ] 詳細:( )									
				頭蓋骨癒合症:[ なし ・ あり ] 顔面低形成:[ なし ・ あり ] 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						
		プレグネノロン基礎値:( )ng/mL					プレグネノロン頂値:( )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プレグネノロン基礎値:( )ng/mL					17-OHプレグネノロン基礎値頂値:( )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						
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											
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:( )											
出生歴		母体の妊娠中男性化:[ なし ・ あり ]											
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):( )											

2021a-001