

告示番号		51		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		67 混合性性腺異形成症						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)		体重 (測定日)		kg (SD)		BMI			
				年 月 日				年 月 日		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													
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											
診断		GH分泌不全症：[なし ・ あり]											
症状	全身	低身長 (－2.0SD以下)：[なし ・ あり]											
	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] 女性化乳房 (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											
診断		GH分泌不全症：[なし ・ あり]											
症状	全身	低身長 (－2.0SD以下)：[なし ・ あり]											
	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] 女性化乳房 (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											
尿検査		尿中ステロイド分析：()											

受給者番号（ ） 患者氏名（ ）

告示番号	51	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	
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 テストステロン/ジヒドロテストステロン比：（ ） 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 片側精巣・片側索状性腺：[なし ・ あり]												
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] （ ）												
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 （ ）												
尿検査	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												
血液検査	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 テストステロン/ジヒドロテストステロン比：（ ） 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 片側精巣・片側索状性腺：[なし ・ あり]												
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] （ ）												
手術	詳細：（ ）												
手術	手術：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日：（ ）年（ ）月（ ）日 （ ）												
術式	術式：（ ）												
治療	治療（その他）：（ ）												
今後の治療方針	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 記載年月日 年 月 日													
医療機関住所 診療科 （印）													
医師名 小児慢性特定疾病 指定医番号（ ）													