

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|--------|---|--|--|---------------------------|---|--|----------------------|--|-----------------------------|--|---------------|--|
| 告示番号 | | 21 | | 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 | | 64 卵巣形成不全 | | | | | | 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 | | | | | | | | | | | |
| 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] 骨年齢遅延：[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] 骨年齢遅延：[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 | | | | | | | | | | | |
| | | hMG (FSH) 負荷試験：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) エストラジオール (E ₂) 基礎値：()pg/mL エストラジオール (E ₂) 頂値：()pg/mL | | | | | | | | | | | |
| 血液検査 | | テストステロン：()ng/mL ・ ng/dL | | | | | | | | | | | |
| 骨年齢 | | 骨年齢 :[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 骨年齢：(歳 か月) | | | | | | | | | | | |
| 画像検査 | | 超音波検査 (腹部)：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：() | | | | | | | | | | | |
| | | CTまたはMRI検査 (頭部)：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：() | | | | | | | | | | | |
| | | CTまたはMRI検査 (腹部)：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：() | | | | | | | | | | | |
| 耳鼻咽喉科学的検査 | | 嗅覚検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：() | | | | | | | | | | | |
| 遺伝学的検査 | | 遺伝子検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：() | | | | | | | | | | | |

受給者番号() 患者氏名()

| 告示番号 | | 21 | | 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 | |
|--------------------|---|-------------|--|-------|--|---|--|---|--|----|--|-----------------------|--|-----|--|
| 検査所見（その他） | | 検査所見（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 | | | | | | | | | | | | | | |
| | hMG（FSH）負荷試験：〔 未実施 ・ 実施 〕 実施日：（ 年 月 日 ） エストラジオール（E ₂ ）基礎値：（ ）pg/mL エストラジオール（E ₂ ）頂値：（ ）pg/mL | | | | | | | | | | | | | | |
| 血液検査 | テストステロン：（ ）ng/mL ・ ng/dL | | | | | | | | | | | | | | |
| 骨年齢 | 骨年齢 ：〔 未実施 ・ 実施 〕 実施日：（ 年 月 日 ） 骨年齢：（ 歳 か月 ） | | | | | | | | | | | | | | |
| 画像検査 | 超音波検査（腹部）：〔 未実施 ・ 実施 〕 実施日：（ 年 月 日 ） 所見：（ | | | | | | | | | | | | | | |
| | CTまたはMRI検査（頭部）：〔 未実施 ・ 実施 〕 実施日：（ 年 月 日 ） 所見：（ | | | | | | | | | | | | | | |
| | CTまたはMRI検査（腹部）：〔 未実施 ・ 実施 〕 実施日：（ 年 月 日 ） 所見：（ | | | | | | | | | | | | | | |
| 耳鼻咽喉科学的検査 | 嗅覚検査：〔 未実施 ・ 実施 〕 実施日：（ 年 月 日 ） 所見：（ | | | | | | | | | | | | | | |
| 遺伝学的検査 | 遺伝子検査：〔 未実施 ・ 実施 〕 実施日：（ 年 月 日 ） 所見：（ | | | | | | | | | | | | | | |
| 検査所見（その他） | 検査所見（その他）：（ | | | | | | | | | | | | | | |
| 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：（ | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 記載年月日 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医療機関住所 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 診療科 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医師名 (印) | | | | | | | | | | | | | | | |
| 小児慢性特定疾病 指定医番号 （ ） | | | | | | | | | | | | | | | |