

告示番号		72		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		62 低ゴナドトロピン性性腺機能低下症 (カルマン (Kallmann) 症候群を除く。)								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] 小陰茎 (男子のみ)：[なし ・ あり] 骨年齢遅延：[なし ・ あり]											
	耳鼻咽喉	無・低嗅症 (Kallmann 症候群)：[なし ・ あり] 聴力障害：[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] 小陰茎 (男子のみ)：[なし ・ あり] 骨年齢遅延：[なし ・ あり]											
	耳鼻咽喉	無・低嗅症 (Kallmann 症候群)：[なし ・ あり] 聴力障害：[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											
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											
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：()											

受給者番号（		）		患者氏名（		）															
告示番号	72	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	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）：（											）									
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						
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					
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 （
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 （			）							