

告示番号		88		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		88ターナー (Turner) 症候群						受付種別		<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名			
受給者番号				受診日		年 月 日				<input type="checkbox"/> 転入 → ()			
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													
身体所見		特徴的な徴候；骨格兆候：外反肘：[なし ・ あり] 中手骨・中足骨短縮：[なし ・ あり] リンパ浮腫：[なし ・ あり] 翼状頸：[なし ・ あり] 馬蹄腎：[なし ・ あり] 大動脈狭窄症：[なし ・ あり] 特徴的な徴候 (その他)：()											
症状		全身		低身長 (−2.0SD以下)：[なし ・ あり]									
		内分泌・代謝		性腺異形成：[なし ・ あり]									
		精神・神経		精神運動発達遅滞：[なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明]									
		その他		症状 (その他)：()									
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
血液検査		IGF-1 (ソマトメジンC)：()ng/mL テストステロン：()ng/mL ・ ng/dL エストラジオール (E ₂)：()pg/mL LH：()mIU/mL FSH：()mIU/mL											
遺伝学的検査		染色体検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 検体採取部位：[末梢血 ・ その他] 詳細：() 核型：[45,X ・ 46,X,i(Xq) ・ 45,X/46,X,i(Xq) ・ 45,X/46,XX ・ 45,X/46,X,r(X) ・ 45,X/47,XXX ・ 46,X,+mar ・ その他] 所見 (その他)：()											
		FISH (SRY、Xcen、Ycenなどの領域)：[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		卵巣腫瘍：[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] 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											
		成長ホルモン治療の有無：[なし ・ あり] 成長ホルモン治療申請の有無 (※身長−2.0SD以下または成長速度が2年以上にわたって−1.5 SD以下である場合、成長ホルモン治療初回申請可)：[なし ・ あり]											

受給者番号() 患者氏名()

告示番号	88	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)	2/2
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	()	