

告示番号		89		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		91 ヌーナン (Noonan) 症候群										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)				体重 (測定日)		kg (SD)				BMI		肥満度					
				年		月				日		年								月	
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																					
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																			
		全身		低身長 (－2.0SD以下)：[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 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		肺動脈狭窄：[なし ・ あり] 心房中隔欠損症：[なし ・ あり] 心筋症：[なし ・ あり] リンパ管形成異常：[なし ・ あり] 合併症 (その他)：()																			
		家族歴 一度近親者 (親、子、同胞) に確実な本疾患の診断：[なし ・ あり ・ 不明] 一度近親者 (親、子、同胞) に本疾患の可能性：[なし ・ あり ・ 不明]																			
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 **89** 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	()