

告示番号		4		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		2 後天性下垂体機能低下症								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			
				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 (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		低ゴナドトロピン性性腺機能低下症：[なし ・ あり] ACTH分泌不全症：[なし ・ あり] TSH分泌不全症：[なし ・ あり] GH分泌不全症：[なし ・ あり] 中枢性尿崩症：[なし ・ あり]											
症状	全身	低身長 (－2.0SD以下)：[なし ・ あり] 全身倦怠感：[なし ・ あり] 易疲労性：[なし ・ あり] 食欲不振：[なし ・ あり] 体重増加不良：[なし ・ あり] 不活発：[なし ・ あり] 低血圧：[なし ・ あり] 口渇：[なし ・ あり] 多飲：[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] 乳房萎縮 (女子のみ)：[なし ・ あり] 性欲低下 (男子のみ)：[なし ・ あり] インポテンス (男子のみ)：[なし ・ あり] 小陰茎 (男子のみ)：[なし ・ あり] 陰毛腋毛の脱落：[なし ・ あり] 性器萎縮：[なし ・ あり] 耐寒性低下：[なし ・ あり] 症候性低血糖 (乳幼児)：[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] 多尿：[なし ・ あり]											
	皮膚・粘膜	皮膚乾燥：[なし ・ あり] 脱毛：[なし ・ あり]											
	精神・神経	意識障害 (低血糖や低ナトリウム血症による)：[なし ・ あり]											
	耳鼻咽喉	無・低嗅症 (Kallmann症候群)：[なし ・ あり]											
	その他	症状 (その他)：()											
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
尿検査		一日尿量 (体表面積当)：() mL/m ² /日 ・ 未実施											
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 コルチゾール (朝)：() µg/dL コルチゾール (昼または夕)：() µg/dL コルチゾール (寝る前)：() µg/dL TSH：() µIU/mL free T ₃ ：() pg/mL free T ₄ ：() 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		画像検査 (下垂体近傍)：[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：()											
出生歴		骨盤位経産分娩：[なし ・ あり] 新生児仮死：[なし ・ あり] 遷延性黄疸：[なし ・ あり] SGA (妊娠週数に比して小さい)：[なし ・ あり] 出生歴 (その他)：()											

受給者番号() 患者氏名()

告示番号	4	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
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（※申請日よりさかのぼって2年以内に実施した負荷試験のみ有効）：[なし ・ あり]						
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			
				小児慢性特定疾病 指定医番号（ ）			
				(印)			