

病名	1 先天性下垂機能低下症										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) 外生殖器発達(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] 小陰萎(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):()										
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) 外生殖器発達(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] 小陰萎(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(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	TRH分泌刺激試験:[未実施・実施] 実施日:(年 月 日) TSH基礎値:()μIU/mL TSH頂値:()μIU/mL TSH頂値:出現時間:()分											
	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											

告示番号 **5** 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**

負荷試験	インスリン・CRH負荷試験: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) コルチゾール基礎値: () μg/dL コルチゾール頂値: () μg/dL ACTH基礎値: () pg/mL ACTH頂値: () pg/mL
	水制限または高張食塩水負荷試験: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 最大血清浸透圧: () mOsm/kg・H ₂ O 最大尿浸透圧: () mOsm/kg・H ₂ O ADH頂値: () pg/mL
	パソプレシン負荷試験 (水溶性ピトレスリン5単位皮下注後30分ごとに2時間採尿): [未実施 ・ 実施] 尿量減少: [なし ・ あり] 尿浸透圧: () mOsm/kg
	成長ホルモン分泌試験①: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 負荷試験名: [インスリン負荷試験 ・ グルカゴン負荷試験 ・ アルギニン負荷試験 ・ クロニジン負荷試験 ・ GHRP-2負荷試験 ・ L-DOPA負荷試験] GH測定キット名: () GH頂値 (補正值): () ng/mL
	成長ホルモン分泌試験②: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 負荷試験名: [インスリン負荷試験 ・ グルカゴン負荷試験 ・ アルギニン負荷試験 ・ クロニジン負荷試験 ・ GHRP-2負荷試験 ・ L-DOPA負荷試験] GH測定キット名: () GH頂値 (補正值): () ng/mL
	成長ホルモン分泌試験③: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 負荷試験名: [インスリン負荷試験 ・ グルカゴン負荷試験 ・ アルギニン負荷試験 ・ クロニジン負荷試験 ・ GHRP-2負荷試験 ・ L-DOPA負荷試験] GH測定キット名: () GH頂値 (補正值): () ng/mL
	迅速ACTH (コートロシン) 負荷: [未実施 ・ 実施] 血中コルチゾール低反応: [なし ・ あり] ACTH-Z (コートロシンZ) 連続負荷: [未実施 ・ 実施] 血中コルチゾール増加反応: [なし ・ あり]
尿検査	一日尿量 (体表面積当): () mL/m ² /日 ・ 未実施 尿中遊離コルチゾール: () μg/day ・ 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: ()
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	
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: ()
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: ()
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): ()
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 (印)

小児慢性特定疾病 指定医番号 ()