

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 (継続申請用)		1/2		
病名	1 先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			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: ()													
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			
	小児慢性特定疾病 指定医番号 ()			