

病名	2 後天性下垂体機能低下症					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			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):()								
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(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 4 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：()
------	--

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：()
------	--

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 ()			