

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	<b>2 後天性下垂体機能低下症</b>			受付種別	<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ( )		
保険情報	保険者番号 ( ) 被保険者記号 ( ) 被保険者番号 ( ) 被保険者個人単位枝番 ( ) 資格取得年月日 年 月 日						
氏名	(セイメイ) (姓名)		以前の登録氏名 (変更のある場合)	(セイメイ) (姓名)			
住所	郵便番号 ( - ) 都道府県 ( ) 市区町村 ( ) 丁目番地等 ( )						
生年月日	年 月 日			性別	男性 ・ 女性 ・ 性別未決定		
出生地	都道府県 ( ) 市区町村 ( )						
出生体重	g	出生週数	在胎 週 日				
発症時期	年 月 頃		記載時の年齢	満 歳 か月 日			
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	肥満度	%
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							
最終受診日	( 年 月 日 )						
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 <sup>2</sup> /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 <sub>2</sub> ): ( ) 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 <sub>3</sub> : ( ) pg/mL free T <sub>4</sub> : ( ) 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 ]
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 ( )

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
医療機関所在地	診断年月日	年	月	日
電話番号	診療科			
	医師名			
	小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )			

・ 診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年 月 日
公費負担者番号	
認定結果	[ 認定 ・ 不認定 ]
研究同意の有無	[ 有 ・ 無 ]
受給者番号	受給者番号 ( ) 有効期限 年 月 日
階層区分	[ 生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他 ]
保険情報	保険者番号 ( ) 被保険者記号 ( ) 被保険者番号 ( ) 被保険者個人単位枝番 ( ) 資格取得年月日 年 月 日