

病名	<b>9 高プロラクチン血症</b>			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	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	治療 ・ 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

**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

症状	内分泌・代謝	不妊 (女子のみ): [ なし ・ あり ]	月経不順 (女子のみ): [ なし ・ あり ]	無月経 (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 ]	女性化乳房 (男子のみ): [ なし ・ あり ]
		乳汁分泌: [ なし ・ あり ]		
	精神・神経	頭痛: [ なし ・ あり ]		
	眼	視野障害: [ 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

症状	内分泌・代謝	不妊 (女子のみ): [ なし ・ あり ]	月経不順 (女子のみ): [ なし ・ あり ]	無月経 (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 ]	女性化乳房 (男子のみ): [ なし ・ あり ]
		乳汁分泌: [ なし ・ あり ]		
	精神・神経	頭痛: [ なし ・ あり ]		
	眼	視野障害: [ 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**

血液検査	プロラクチン基礎値 (複数回の測定での最低値): ( ) ng/mL	実施日: ( 年 月 日 )	
	LH・FSH系: [ 正常 ・ 低下 ・ 亢進 ]	TSH系: [ 正常 ・ 低下 ・ 亢進 ]	
	ACTH系: [ 正常 ・ 低下 ・ 亢進 ]	GH系: [ 正常 ・ 低下 ・ 亢進 ]	
	パンプレシン系: [ 正常 ・ 低下 ・ 亢進 ]		
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	CTまたはMRI検査 (頭部): [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日: ( 年 月 日 )
	下垂体腺腫: [ なし ・ あり ]	大きさ: [ 微小腺腫 (10mm以下) ・ マクロ腺腫 (10mmを超える) ]
	所見: ( )	

**検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載**

血液検査	プロラクチン基礎値 (複数回の測定での最低値): ( ) ng/mL	実施日: ( 年 月 日 )
	LH・FSH系: [ 正常 ・ 低下 ・ 亢進 ]	TSH系: [ 正常 ・ 低下 ・ 亢進 ]
	ACTH系: [ 正常 ・ 低下 ・ 亢進 ]	GH系: [ 正常 ・ 低下 ・ 亢進 ]
	パンプレシン系: [ 正常 ・ 低下 ・ 亢進 ]	

**告示番号 33 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**

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 CTまたはMRI検査 (頭部) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )  
 下垂体腺腫 : [ なし ・ あり ] 大きさ : [ 微小腺腫 (10mm以下) ・ マクロ腺腫 (10mmを超える) ] 視床下部病変 : [ なし ・ あり ]  
 所見 : ( )

**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 : ( )

**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 ( )

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

**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 ( )