

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)		1/2							
病名	9 高プロラクチン血症							受付種別	<input type="checkbox"/> 新規										
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)				以前の登録氏名 (変更のある場合)			(セイメイ) (姓)											
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	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			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																			
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	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	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]		パソプレシン系: [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)]		視床下部病変: [なし ・ あり]			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]		パソプレシン系: [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	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
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