

| | | | | | | | | |
|--------------------------|--|---|---------------------------|-------------|---|---|--|---|
| 病名 | 9 高プロラクチン血症 | | | | | 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 | |
| | | 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 (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 | | | | | | | |
| 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 (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] ACTH系: [正常 ・ 低下 ・ 亢進] バソプレリン系: [正常 ・ 低下 ・ 亢進] | | | | TSH系: [正常 ・ 低下 ・ 亢進] GH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: () | | | | | | | |
| 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 | | | |

医療機関・医師署名

上記の通り診断します。

医療機関名
医療機関住所

記載年月日 年 月 日

診療科

医師名

小児慢性特定疾病 指定医番号 ()

(印)