

告示番号	37	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	57 ゴナドトロピン依存性思春期早発症					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		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 月経発来: [なし ・ あり] 月経開始年齢: (歳 か月)								
	全身	著明な身長増加: [なし ・ あり]							
症状	内分泌・代謝	思春期早発: [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 月経発来: [なし ・ あり] 月経開始年齢: (歳 か月)								
	全身	著明な身長増加: [なし ・ あり]							
症状	内分泌・代謝	思春期早発: [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	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								
血液検査	テストステロン: () ng/mL ・ ng/dL エストラジオール (E ₂): () pg/mL LH: () mIU/mL FSH: () mIU/mL								
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	超音波検査 (腹部): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()								
	CTまたはMRI検査 (頭部): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()								
	CTまたはMRI検査 (腹部): [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									
負荷試験	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								
血液検査	テストステロン: () ng/mL ・ ng/dL エストラジオール (E ₂): () pg/mL LH: () mIU/mL FSH: () mIU/mL								

告示番号 37 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	超音波検査 (腹部) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()	
	CTまたはMRI検査 (頭部) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()	
	CTまたはMRI検査 (腹部) : [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 : ()	
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	記載年月日	年 月 日
医療機関住所	診療科	
	医師名	
	小児慢性特定疾病 指定医番号 ()	