

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 (継続申請用)		1/2	
病名	57 ギナドトロピン依存性思春期早発症			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 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)				
症状	全身	著明な身長増加:[なし・あり]			
	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(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				
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				

受給者番号 () 患者氏名 ()

2021a-001

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〈継続申請用〉 **2/2**

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 ()