

告示番号		38		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	58 ゴナドトロピン非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	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 38 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 ()	