

病名	60 アンドロゲン過剰症(ゴナドトロピン依存性思春期早発症及びゴナドトロピン非依存性思春期早発症を除く。)					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	二次性徴の欠如: [なし ・ あり] 思春期早発: [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] 陰核肥大 (女子のみ): [なし ・ あり] 進行性の男性化徴候 (女子のみ): [なし ・ あり]							
	皮膚・粘膜	多毛症: [なし ・ あり]							
	その他	外生殖器異常: [なし ・ あり] 声の低音化: [なし ・ あり] 症状 (その他): ()							
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載									
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 ACTH: () pg/mL LH: () mIU/mL FSH: () mIU/mL 17-OHP: () ng/mL TSH: () µIU/mL free T ₃ : () pg/mL free T ₄ : () ng/dL								
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) 所見: ()								
	CTまたはMRI検査 (胸部): [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: ()								
遺伝学的検査	遺伝子検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) エストロジェン合成酵素 (アロマトラーゼ) 遺伝子CYP19A1異常: [なし ・ あり] POR遺伝子 (P450oxidoreductase) 異常: [なし ・ あり] 遺伝子異常 (その他): ()								
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	多嚢胞性卵巣症候群 (PCOS): [なし ・ あり] 合併症 (その他): ()								
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 (印)

小児慢性特定疾病 指定医番号 ()