

告示番号		71		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)		1/3			
病名	61 カルマン (Kallmann) 症候群						受付種別	<input type="checkbox"/> 新規					
保険情報	保険者番号 ()		被保険者記号 ()		被保険者番号 ()		被保険者個人単位枝番 ()						
	資格取得年月日		年	月	日								
氏名	(セイメイ) (姓)			以前の登録氏名 (変更のある場合)			(セイメイ) (姓)						
住所	郵便番号 (-)		都道府県 ()		市区町村 ()		丁目番地等 ()						
生年月日	年		月	日	性別		男性 ・ 女性 ・ 性別未決定						
出生地	都道府県 ()		市区町村 ()										
出生体重	g		出生週数	在胎 週		日							
発症時期	年		月	頃	記載時の年齢	満	歳	か		月	日		
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	%			
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	治療 ・ 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													
最終受診日	(年 月 日)												
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	二次性徴の欠如または進行不全: [なし ・ あり]					月経異常 (女子のみ): [なし ・ あり]		不妊 (女子のみ): [なし ・ あり]				
		小陰茎 (男子のみ): [なし ・ あり]					骨年齢遅延: [なし ・ あり]						
	耳鼻咽喉	無・低嗅症 (Kallmann症候群): [なし ・ あり]					聴力障害: [なし ・ あり]						
その他	外生殖器異常: [なし ・ あり] 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	二次性徴の欠如または進行不全: [なし ・ あり]					月経異常 (女子のみ): [なし ・ あり]		不妊 (女子のみ): [なし ・ あり]				
		小陰茎 (男子のみ): [なし ・ あり]					骨年齢遅延: [なし ・ あり]						
	耳鼻咽喉	無・低嗅症 (Kallmann症候群): [なし ・ あり]					聴力障害: [なし ・ あり]						
その他	外生殖器異常: [なし ・ あり] 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							
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: ()						
耳鼻咽喉科学的検査	嗅覚検査: [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) 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		
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：()		
耳鼻咽喉科学的検査	嗅覚検査：[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) 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		
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 ()		
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
医療機関所在地	診断年月日	年	月 日
電話番号	診療科		
	医師名		
	小児慢性特定疾病 指定医番号 ()		

・ 診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年 月 日
公費負担者番号	
認定結果	[認定 ・ 不認定]
研究同意の有無	[有 ・ 無]
受給者番号	受給者番号 () 有効期限 年 月 日
階層区分	[生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 年 月 日