

告示番号		72		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	62 低ゴナドトロピン性性腺機能低下症 (カルマン (Kallmann) 症候群を除く。)						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	年 月 日	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 (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 (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 <sub>2</sub> ):( )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

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 ( )