

告示番号 **20** 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 | 63 精巣形成不全 | | | | | 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 | 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] | | | | | | | | |
| | 腎・泌尿器 | 停留精巣:[なし ・ あり] 部位:[腹腔内 ・ 鼠蹊部 ・ 陰嚢内] 尿道下裂:[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] | | | | | | | | |
| | 腎・泌尿器 | 停留精巣:[なし ・ あり] 部位:[腹腔内 ・ 鼠蹊部 ・ 陰嚢内] 尿道下裂:[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 | | | | | | | | | |
| | hCG負荷試験:[未実施 ・ 実施] 実施日:(年 月 日) テストステロン基礎値:()ng/mL ・ ng/dL テストステロン頂値:()ng/mL ・ ng/dL | | | | | | | | | |
| 血液検査 | 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:() | | | | | | | | | |

告示番号 **20** 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**

| | |
|------------------------|---|
| 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 |
| | hCG負荷試験：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) テストステロン基礎値：()ng/mL ・ ng/dL テストステロン頂値：()ng/mL ・ ng/dL |
| 血液検査 | 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 |
| 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 () |