

告示番号		21		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	64 卵巣形成不全								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		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] 月経不順 (女子のみ) : [なし ・ あり] 無月経 (女子のみ) : [なし ・ あり] 骨年齢遅延 : [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] 月経不順 (女子のみ) : [なし ・ あり] 無月経 (女子のみ) : [なし ・ あり] 骨年齢遅延 : [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												
	hMG (FSH) 負荷試験 : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) エストラジオール (E ₂) 基礎値 : () pg/mL エストラジオール (E ₂) 頂値 : () pg/mL												
血液検査	テストステロン : () ng/mL ・ 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	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	
	hMG (FSH) 負荷試験: [未実施 ・ 実施]	実施日: (年 月 日)	
	エストラジオール (E ₂) 基礎値: ()pg/mL	エストラジオール (E ₂) 頂値: ()pg/mL	
血液検査	テストステロン: ()ng/mL ・ 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	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 ()		