

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 (継続申請用)		1/2	
病名	64 卵巣形成不全								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 (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: ()												

薬物療法	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 ()