

告示番号	22	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	63及び64に掲げるもののほか、高ゴナドトロピン性性腺機能低下症 (具体的な疾病名:)	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			(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)
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)
	年 月 日	kg (SD)	
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] 小陰茎(男子のみ):[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		
	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		
	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		
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 ()