

告示番号		53		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	66 卵精巣性分化疾患								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 ] 小陰茎(男子のみ):[ なし・あり ] 女性化乳房(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 ] 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 ] 女性化乳房(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												
	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 <sub>2</sub> ) 基礎値:( )pg/mL エストラジオール (E <sub>2</sub> ) 頂値:( )pg/mL												
尿検査	尿中ステロイド分析:( )												
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 DHEA-S:( )ng/mL・μg/dL DHEA:( )ng/mL LH:( )mIU/mL FSH:( )mIU/mL テストステロン/ジヒドロテストステロン比:( ) アンドロステンジオン:( )ng/mL												
病理検査	性腺組織生検:[ 未実施・実施 ] 実施日:( 年 月 日 ) 性腺所見:卵精巣:[ 両側・片側 ]												
画像検査	超音波検査またはCTまたはMRI検査(腹部):[ 未実施・実施 ] 実施日:( 年 月 日 ) 子宮の存在:[ なし・あり ]												

告示番号 **53** 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**

遺伝学的検査	染色体検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 所見: ( )
	遺伝子検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) SRY遺伝子: [ なし ・ あり ] 遺伝子異常 (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 <sub>2</sub> ) 基礎値: ( )pg/mL エストラジオール (E <sub>2</sub> ) 頂値: ( )pg/mL

尿検査	尿中ステロイド分析: ( )
-----	----------------

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 DHEA-S: ( )ng/mL ・ μg/dL DHEA: ( )ng/mL LH: ( )mIU/mL FSH: ( )mIU/mL テストステロン/ジヒドロテストステロン比: ( ) アンドロステンジオン: ( )ng/mL
------	--

病理検査	性腺組織生検: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 性腺所見: 卵精巢: [ 両側 ・ 片側 ]
------	--

画像検査	超音波検査またはCTまたはMRI検査 (腹部): [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 子宮の存在: [ なし ・ あり ]
------	---

遺伝学的検査	染色体検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 所見: ( )
	遺伝子検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) SRY遺伝子: [ なし ・ あり ] 遺伝子異常 (その他): ( )

その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載

合併症	性腺腫瘍: [ なし ・ あり ] 合併症 (その他): ( )
-----	-------------------------------------

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 ( )			