

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 (継続申請用) **1/2**

病名	66 卵精巣性分化疾患					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 月) 乳房発育(女子のみ):[I・II・III・IV・V] 年齢(発現時):(歳 月) 陰毛発育(男女共):[I・II・III・IV・V] 年齢(発現時):(歳 月) 外生殖器発達(男子のみ):[I・II・III・IV・V] 年齢(発現時):(歳 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(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										
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 ₂):()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]										
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:()										

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 ()