

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 → () | | |
| 保険情報 | 保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 年 月 日 | | | | | | |
| 氏名 | (セイメイ) (姓名) | | 以前の登録氏名 (変更のある場合) | | (セイメイ) (姓名) | | |
| 住所 | 郵便番号 (-) 都道府県 () 市区町村 () 丁目番地等 () | | | | | | |
| 生年月日 | 年 月 日 | | | | 性別 | 男性 ・ 女性 ・ 性別未決定 | |
| 出生地 | 都道府県 () 市区町村 () | | | | | | |
| 出生体重 | g | 出生週数 | 在胎 週 日 | | | | |
| 発症時期 | 年 月 頃 | | 記載時の年齢 | 満 歳 か月 日 | | | |
| 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 | 年 月 日 | 肥満度 | % | |
| 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 | | | | | | | |
| 最終受診日 | (年 月 日) | | | | | | |
| 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] 小陰萎 (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 |
| 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 () |

| 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 |
| 医療機関所在地 | 診断年月日 年 月 日 |
| 電話番号 | |
| | 診療科 |
| | 医師名 |
| | 小児慢性特定疾病 指定医番号 () |

・ 診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

| 行政記載欄 | |
|---------|--|
| 担当自治体 | |
| 受理日 | 年 月 日 |
| 公費負担者番号 | |
| 認定結果 | [認定 ・ 不認定] |
| 研究同意の有無 | [有 ・ 無] |
| 受給者番号 | 受給者番号 () 有効期限 年 月 日 |
| 階層区分 | [生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他] |
| 保険情報 | 保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 年 月 日 |