

<b>告示番号</b>	<b>51</b>	<b>内分泌疾患</b>	<b>( )</b>	<b>年度</b>	<b>小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)</b>	<b>1/2</b>
-------------	-----------	--------------	------------	-----------	-------------------------------	------------

病名	67 混合性性腺異形成症					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 外性器発達(男子のみ):[ I・II・III・IV・V ] 年齢(発現時):( )歳( )か月 精巣容量:( )mL									
診断	GH分泌不全症:[ なし・あり ]									
症状	全身	低身長(-2.0SD以下):[ なし・あり ]								
	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 ] 陰核肥大(女子のみ):[ なし・あり ] 陰唇癒合(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	外性器異常:[ 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 外性器発達(男子のみ):[ I・II・III・IV・V ] 年齢(発現時):( )歳( )か月 精巣容量:( )mL									
診断	GH分泌不全症:[ なし・あり ]									
症状	全身	低身長(-2.0SD以下):[ なし・あり ]								
	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 ] 陰核肥大(女子のみ):[ なし・あり ] 陰唇癒合(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	外性器異常:[ 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									
尿検査	尿中ステロイド分析:( )									

告示番号 <b>51</b> 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
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 )      片側精巣・片側索状性腺：[ なし ・ あり ]	
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)：( )	
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	
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 )      片側精巣・片側索状性腺：[ なし ・ あり ]	
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 (    )	