

告示番号		51		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	67 混合性性腺異形成症							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		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 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 ( 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 ( )