

病名	68 5α-還元酵素欠損症					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	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									
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] 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] 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 ジヒドロテストステロン基礎値:()ng/mL・ng/dL ジヒドロテストステロン頂値:()ng/mL・ng/dL テストステロン/ジヒドロテストステロン比:()									
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:精巣:[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:()									

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 (印)

小児慢性特定疾病 指定医番号 ()