

病名	<b>70 アンドロゲン不応症</b>					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 ] 乳房発育 (女子のみ): [ I ・ II ・ III ・ IV ・ V ] 陰毛発育 (男女共): [ I ・ II ・ III ・ IV ・ V ] 外生殖器発達 (男子のみ): [ I ・ II ・ III ・ IV ・ V ]				思春期開始年齢: ( 歳 か月 ) 年齢 (発現時): ( 歳 か月 ) 年齢 (発現時): ( 歳 か月 ) 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 ] 月経不順 (女子のみ): [ なし ・ あり ] 陰唇癒合 (女子のみ): [ なし ・ あり ] 骨年齢遅延: [ なし ・ あり ]			月経異常 (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 ]			不妊 (女子のみ): [ なし ・ あり ] 陰核肥大 (女子のみ): [ なし ・ あり ] 女性化乳房 (男子のみ): [ 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 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 DHEA: ( ) ng/mL		LH: ( ) mIU/mL テストステロン/ジヒドロテストステロン比: ( )		エストラジオール (E <sub>2</sub> ): ( ) pg/mL FSH: ( ) mIU/mL アンドロステンジオン: ( ) ng/mL		DHEA-S: ( ) ng/mL ・ μg/dL LH/FSH: ( )				
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: 詳細: ( )										
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 ) 遺伝子異常 (その他): ( )				SRY遺伝子: [ なし ・ あり ]						
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 (印)

小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )