

告示番号		50		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)		1/2		
病名	71 68から70までに掲げるもののほか、46,XY性分化疾患 (具体的な疾病名: )					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	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									
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 ] 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									
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 ] 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 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 <sub>2</sub> ):( )pg/mL DHEA-S:( )ng/mL・μg/dL DHEA:( )ng/mL LH:( )mIU/mL FSH:( )mIU/mL LH/FSH:( ) 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:詳細:( )									

告示番号 <b>50</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
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 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 <sub>2</sub> ):( )pg/mL DHEA-S:( )ng/mL ・ μg/dL DHEA:( )ng/mL LH:( )mIU/mL FSH:( )mIU/mL LH/FSH:( ) 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: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 ) 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 ( )	