

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 (継続申請用)		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"/> 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 ]		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		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		
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:( )
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 ( )