

告示番号		52		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	72 46,XX 性分化疾患							受付種別	<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ()												
保険情報	保険者番号 ()		被保険者記号 ()		被保険者番号 ()		被保険者個人単位枝番 ()														
	資格取得年月日		年	月	日																
氏名	(セイメイ) (姓名)				以前の登録氏名 (変更のある場合)			(セイメイ) (姓名)													
住所	郵便番号 (-)		都道府県 ()		市区町村 ()		丁目番地等 ()														
生年月日	年		月	日	性別		男性 ・ 女性 ・ 性別未決定														
出生地	都道府県 ()		市区町村 ()																		
出生体重	g		出生週数		在胎		週 日														
発症時期	年		月	頃	記載時の年齢		満		歳		か月		日								
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		%										
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																					
最終受診日	(年 月 日)																				
二次性徴 (Tanner分類)	二次性徴: [なし ・ あり]		思春期開始年齢: (歳 月)		乳房発育 (女子のみ): [I ・ II ・ III ・ IV ・ V]		年齢 (発現時): (歳 月)		陰毛発育 (男女共): [I ・ II ・ III ・ IV ・ V]		年齢 (発現時): (歳 月)		外性器発達 (男子のみ): [I ・ II ・ III ・ IV ・ V]		年齢 (発現時): (歳 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]	
		その他		外性器異常: [なし ・ あり]		骨年齢遅延: [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		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: ()																				

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
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 ()

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
医療機関所在地	診断年月日	年	月	日
電話番号	診療科			
	医師名			
	小児慢性特定疾病 指定医番号 ()			

・ 診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年 月 日
公費負担者番号	
認定結果	[認定 ・ 不認定]
研究同意の有無	[有 ・ 無]
受給者番号	受給者番号 () 有効期限 年 月 日
階層区分	[生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 年 月 日