

病名	<b>87 多嚢胞性卵巣症候群</b>					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 )								
症状	内分泌・代謝	稀発月経(女子のみ):[ なし・あり ]		無排卵周期症(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 ]							
	筋・骨格	骨格筋の発達:[ なし・あり ]		線維性骨異形成:[ なし・あり ]					
	皮膚・粘膜	多毛症:[ なし・あり ]		座瘡:[ なし・あり ]		男性型脱毛(頭頂部・後頭部):[ なし・あり ]			
	黒色棘細胞腫:[ なし・あり ]								
その他	声の低音化:[ なし・あり ]		喉頭隆起の突出:[ 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 )								
症状	内分泌・代謝	稀発月経(女子のみ):[ なし・あり ]		無排卵周期症(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 ]							
	筋・骨格	骨格筋の発達:[ なし・あり ]		線維性骨異形成:[ なし・あり ]					
	皮膚・粘膜	多毛症:[ なし・あり ]		座瘡:[ なし・あり ]		男性型脱毛(頭頂部・後頭部):[ なし・あり ]			
	黒色棘細胞腫:[ なし・あり ]								
その他	声の低音化:[ なし・あり ]		喉頭隆起の突出:[ 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						
血液検査	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						
血液検査	hMG(FSH)負荷試験:[ 未実施・実施 ]		実施日:( 年 月 日 )						
	エストラジオール(E <sub>2</sub> )基礎値:( )pg/mL		エストラジオール(E <sub>2</sub> )頂値:( )pg/mL						
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				
	LH:( )mIU/mL		FSH:( )mIU/mL						
	インスリン(IRI):( )μU/mL		採血タイミング:[ 空腹時・食後 ]		血糖値(空腹時):( )mg/dL				
骨年齢	骨年齢:[ 未実施・実施 ]		実施日:( 年 月 日 )		骨年齢:( 歳 か月 )				

画像検査	超音波検査 (腹部) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 所見 : ( )
	CTまたはMRI検査 (腹部) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 所見 : ( )

**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
	hMG (FSH) 負荷試験 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) エストラジオール (E <sub>2</sub> ) 基礎値 : ( )pg/mL エストラジオール (E <sub>2</sub> ) 頂値 : ( )pg/mL

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 LH : ( )mIU/mL FSH : ( )mIU/mL インスリン (IRI) : ( )μU/mL 採血タイミング : [ 空腹時 ・ 食後 ] 血糖値 (空腹時) : ( )mg/dL
------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

骨年齢	骨年齢 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 骨年齢 : ( 歳 か月 )
-----	---------------------------------------------------

画像検査	超音波検査 (腹部) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 所見 : ( )
	CTまたはMRI検査 (腹部) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 所見 : ( )

**その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載**

合併症	内分泌疾患 : [ なし ・ あり ] 疾患名 : ( )
	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 ( )