

告示番号 63		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	87 多嚢胞性卵巣症候群			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)	
		年 月 日	年 月 日		BMI	%
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 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] 痤瘡: [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 (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 ₂) 基礎値: ()pg/mL エストラジオール (E ₂) 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 ₂): ()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: ()					

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