

| | | | | | | | | | | |
|--------------------------|---|---|--|-----------|---------------------|---|--|-----------------|-----|-----------|
| 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 → () | | | |
| 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 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) | | | | | | | | | |
| 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(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 | | | | | | | |
| 負荷試験 | 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 | | テストステロン頂値:()ng/mL | | | | | | | |
| 負荷試験 | 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 | | | | | エストラジオール (E ₂):()pg/mL | | DHEA-S:()ng/mL | | |
| | 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 月) | | | | |
| 画像検査 | 超音波検査(腹部):[未実施・実施] 実施日:(年 月 日) | | | | | | | | | |
| | CTまたはMRI検査(腹部):[未実施・実施] 実施日:(年 月 日) | | | | | | | | | |
| 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 |

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 ()