

告示番号		88		内分泌疾患 ( ) 年度		小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)		1/2			
病名	88 ターナー (Turner) 症候群					受付種別	<input type="checkbox"/> 新規				
受給者番号			受診日	年 月 日							
ふりがな						(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)					
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											
身体所見	特徴的な徴候：骨格兆候：外反肘：[ なし ・ あり ]					中手骨・中足骨短縮：[ なし ・ あり ]					
	軟部組織兆候：リンパ浮腫：[ なし ・ あり ]					翼状頸：[ なし ・ あり ]					
	内臓兆候：馬蹄腎：[ なし ・ あり ]					大動脈狭窄症：[ なし ・ あり ]					
	特徴的な徴候 (その他)：( )										
症状	全身	低身長 (-2.0SD以下)：[ なし ・ あり ]									
	内分泌・代謝	性腺異形成：[ なし ・ あり ]									
	精神・神経	精神運動発達遅滞：[ なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明 ]									
	その他	症状 (その他)：( )									
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載											
身体所見	特徴的な徴候：骨格兆候：外反肘：[ なし ・ あり ]					中手骨・中足骨短縮：[ なし ・ あり ]					
	軟部組織兆候：リンパ浮腫：[ なし ・ あり ]					翼状頸：[ なし ・ あり ]					
	内臓兆候：馬蹄腎：[ なし ・ あり ]					大動脈狭窄症：[ なし ・ あり ]					
	特徴的な徴候 (その他)：( )										
症状	全身	低身長 (-2.0SD以下)：[ なし ・ あり ]									
	内分泌・代謝	性腺異形成：[ なし ・ あり ]									
	精神・神経	精神運動発達遅滞：[ なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明 ]									
	その他	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											
血液検査	IGF-1 (ソマトメジンC)：( )ng/mL					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					LH：( )mIU/mL					
						FSH：( )mIU/mL					
遺伝学的検査	染色体検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )										
	検体採取部位：[ 末梢血 ・ その他 ] 詳細：( ) 核型：[ 45,X ・ 46,X,i(Xq) ・ 45,X/46,X,i(Xq) ・ 45,X/46,XX ・ 45,X/46,X,r(X) ・ 45,X/47,XXX ・ 46,X,+mar ・ その他 ] 所見 (その他)：( )										
	FISH (SRY、Xcen、Ycenなどの領域)：[ 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											
血液検査	IGF-1 (ソマトメジンC)：( )ng/mL					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					LH：( )mIU/mL					
						FSH：( )mIU/mL					

遺伝学的検査	染色体検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )
	検体採取部位: [ 末梢血 ・ その他 ] 詳細: ( ) 核型: [ 45,X ・ 46,X,i(Xq) ・ 45,X/46,X,i(Xq) ・ 45,X/46,XX ・ 45,X/46,X,r(X) ・ 45,X/47,XXX ・ 46,X,+mar ・ その他 ] 所見 (その他): ( )
	FISH (SRY、Xcen、Ycenなどの領域): [ 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	卵巣腫瘍: [ 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
	成長ホルモン治療の有無: [ なし ・ あり ] 成長ホルモン治療申請の有無 (※身長-2.0SD以下または成長速度が2年以上にわたって-1.5 SD以下である場合、成長ホルモン治療初回申請可): [ なし ・ あり ]

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 ( )			