

告示番号 <b>88</b>		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	<b>88 ターナー (Turner) 症候群</b>			受付種別	<input type="checkbox"/> 新規			
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)		以前の登録氏名 (変更のある場合)	(セイメイ) (姓)				
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	治療 ・ 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								
最終受診日	( 年 月 日 )							
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			

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) **2/2**

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 ]
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