

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 (継続申請用)		1/2		
病名	88 ターナー (Turner) 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		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										
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 ] リンパ浮腫: [ なし ・ あり ] 翼状頸: [ なし ・ あり ] 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 (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 ]									

受給者番号 ( ) 患者氏名 ( )

2021a-001

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〈継続申請用〉

**2/2**

医療機関・医師署名

上記の通り診断します。

医療機関名  
医療機関住所

記載年月日 年 月 日

診療科  
医師名

小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )