

病名 <b>90 マッキューン・オルブライト (McCune-Albright) 症候群</b>		受付種別		<input type="checkbox"/> 新規	
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	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					
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 ) 外性器発達 ( 男子のみ ): [ I ・ II ・ III ・ IV ・ V ] 年齢 ( 発現時 ): ( 歳 か月 ) 精巣容量: ( ) mL				
症状	内分泌・代謝	不正性器出血 ( 女子のみ ): [ なし ・ あり ]			
	筋・骨格	線維性骨異形成: [ なし ・ あり ]			
	皮膚・粘膜	カフェ・オ・レ斑: [ なし ・ あり ]			
	その他	症状 ( その他 ): ( )			
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 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 ) 外性器発達 ( 男子のみ ): [ I ・ II ・ III ・ IV ・ V ] 年齢 ( 発現時 ): ( 歳 か月 ) 精巣容量: ( ) mL				
症状	内分泌・代謝	不正性器出血 ( 女子のみ ): [ なし ・ あり ]			
	筋・骨格	線維性骨異形成: [ なし ・ あり ]			
	皮膚・粘膜	カフェ・オ・レ斑: [ なし ・ あり ]			
	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					
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				
血液検査	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				
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: ( )				
遺伝学的検査	遺伝子検査: [ 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					
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				

**告示番号 92 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**

血液検査	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	
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：( )
遺伝学的検査	遺伝子検査：[ 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：( )	
	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 ( \_\_\_\_\_ )