

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)		1/2		
病名	90 マッキューン・オルブライト (McCune-Albright) 症候群					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) (姓名)		以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓名)					
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		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)									
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 ₂): () 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 ₂)：()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：()				
画像検査	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)		
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				
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