

告示番号		89		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	91 ヌーナン (Noonan) 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											
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) 外生殖器発達 (男子のみ): [I ・ II ・ III ・ IV ・ V] 年齢 (発現時): (歳 か月) 精巣容量: () mL										
身体所見	身長 (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: () cm 実施日: (年 月 日) 眼間開離: [なし ・ あり] 眼瞼下垂: [なし ・ あり] 内眼角贅皮: [なし ・ あり] 眼裂斜下: [なし ・ あり] 耳介低位: [なし ・ あり] 高口蓋: [なし ・ あり] 小顎症: [なし ・ あり]										
症状	全身	低身長 (-2.0SD以下): [なし ・ あり] 低身長 (-1.88SDより大きく -1.33SD以下): [なし ・ あり]									
	呼吸器・循環器	肺動脈狭窄: [なし ・ あり] 心房中隔欠損症: [なし ・ あり] 心筋症: [なし ・ あり] 心電図所見 (左前胸部誘導における R/S 比の以上、幅広い QRS 波、左軸偏位、巨大 Q 波): [なし ・ あり]									
	腎・泌尿器	停留精巣: [なし ・ あり] 部位: [腹腔内 ・ 鼠蹊部 ・ 陰嚢内]									
	筋・骨格	鳩胸: [なし ・ あり] 漏斗胸: [なし ・ あり] 広い胸郭: [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	リンパ管形成異常: [なし ・ あり] 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) 外生殖器発達 (男子のみ): [I ・ II ・ III ・ IV ・ V] 年齢 (発現時): (歳 か月) 精巣容量: () mL										
症状	全身	低身長 (-2.0SD以下): [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 (ノマトメジン C): () ng/mL テストステロン: () ng/mL ・ ng/dL エストラジオール (E ₂): () pg/mL LH: () mIU/mL FSH: () mIU/mL										
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											
血液検査	IGF-1 (ノマトメジン C): () ng/mL テストステロン: () ng/mL ・ ng/dL エストラジオール (E ₂): () pg/mL LH: () mIU/mL FSH: () mIU/mL										
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	肺動脈狭窄: [なし ・ あり] 心房内隔欠損症: [なし ・ あり] 心筋症: [なし ・ あり] リンパ管形成異常: [なし ・ あり] 合併症 (その他): ()
-----	---

家族歴	一度近親者 (親、子、同胞) に確実な本疾患の診断: [なし ・ あり ・ 不明] 一度近親者 (親、子、同胞) に本疾患の可能性: [なし ・ あり ・ 不明]
-----	--

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 ()	