

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 (継続申請用)		1/2				
病名	91 ヌーナン (Noonan) 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	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										
二次性徴 (Tanner分類)	二次性徴: [なし・あり]		思春期開始年齢: (歳 月)							
	乳房発育(女子のみ): [I・II・III・IV・V]		年齢(発現時): (歳 月)							
	陰毛発育(男女共): [I・II・III・IV・V]		年齢(発現時): (歳 月)							
	外性器発達(男子のみ): [I・II・III・IV・V]		年齢(発現時): (歳 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(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 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)							
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]		心房中隔欠損症: [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]										

受給者番号 () 患者氏名 ()

2021a-001

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〈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	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 ()		