

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 → ()			
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	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										
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	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]									

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