

告示番号		52		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〉		1/3			
病名		72 46,XX 性分化疾患								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)						以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓)					
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	二次性徴の欠如または進行不全: [なし ・ あり] 月経異常 (女子のみ): [なし ・ あり] 不妊 (女子のみ): [なし ・ あり] 月経不順 (女子のみ): [なし ・ あり] 無月経 (女子のみ): [なし ・ あり] 陰核肥大 (女子のみ): [なし ・ あり] 陰唇癒合 (女子のみ): [なし ・ あり] 小陰茎 (男子のみ): [なし ・ あり] 女性化乳房 (男子のみ): [なし ・ あり] 骨年齢遅延: [なし ・ あり]													
	その他	外性器異常: [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	二次性徴の欠如または進行不全: [なし ・ あり] 月経異常 (女子のみ): [なし ・ あり] 不妊 (女子のみ): [なし ・ あり] 月経不順 (女子のみ): [なし ・ あり] 無月経 (女子のみ): [なし ・ あり] 陰核肥大 (女子のみ): [なし ・ あり] 陰唇癒合 (女子のみ): [なし ・ あり] 小陰茎 (男子のみ): [なし ・ あり] 女性化乳房 (男子のみ): [なし ・ あり] 骨年齢遅延: [なし ・ あり]													
	その他	外性器異常: [なし ・ あり] 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													
		hCG負荷試験: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) テストステロン基礎値: ()ng/mL ・ ng/dL テストステロン頂値: ()ng/mL ・ ng/dL ジヒドロテストステロン基礎値: ()ng/mL ・ ng/dL ジヒドロテストステロン頂値: ()ng/mL ・ ng/dL テストステロン/ジヒドロテストステロン比: ()													
尿検査		尿中ステロイド分析: ()													
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 DHEA-S: ()ng/mL ・ μg/dL DHEA: ()ng/mL LH: ()mIU/mL FSH: ()mIU/mL LH/FSH: () テストステロン/ジヒドロテストステロン比: () アンドロステンジオン: ()ng/mL													
病理検査		性腺組織生検: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 性腺所見: 詳細: ()													
画像検査		超音波検査またはCTまたはMRI検査 (腹部): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 子宮の存在: [なし ・ あり]													

受給者番号 () 患者氏名 ()

2025a-001

告示番号 **52** 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〉 3/3

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