

告示番号		53		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		66 卵精巣性性分化疾患								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	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 ] 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 ]													
	腎・泌尿器	停留精巣：[ なし ・ あり ] 部位：[ 腹腔内 ・ 鼠蹊部 ・ 陰嚢内 ] 尿道下裂：[ なし ・ あり ]													
	その他	外生殖器異常：[ 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	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 ] 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 ]													
	腎・泌尿器	停留精巣：[ なし ・ あり ] 部位：[ 腹腔内 ・ 鼠蹊部 ・ 陰嚢内 ] 尿道下裂：[ なし ・ あり ]													
	その他	外生殖器異常：[ 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													
		hMG (FSH) 負荷試験：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) エストラジオール (E <sub>2</sub> ) 基礎値：( )pg/mL エストラジオール (E <sub>2</sub> ) 頂値：( )pg/mL													
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 <sub>2</sub> )：( )pg/mL DHEA-S：( )ng/mL ・ μg/dL DHEA：( )ng/mL LH：( )mIU/mL FSH：( )mIU/mL 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：卵精巣：[ 両側 ・ 片側 ]													
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 ]													



