

告示番号		33		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		9 高プロラクチン血症								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	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] 性欲低下 (男子のみ)：[なし ・ あり] インポテンス (男子のみ)：[なし ・ あり] 女性化乳房 (男子のみ)：[なし ・ あり] 乳汁分泌：[なし ・ あり]													
	精神・神経	頭痛：[なし ・ あり]													
	眼	視野障害：[なし ・ あり]													
	その他	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	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] 性欲低下 (男子のみ)：[なし ・ あり] インポテンス (男子のみ)：[なし ・ あり] 女性化乳房 (男子のみ)：[なし ・ あり] 乳汁分泌：[なし ・ あり]													
	精神・神経	頭痛：[なし ・ あり]													
	眼	視野障害：[なし ・ あり]													
	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		プロラクチン基礎値 (複数回の測定での最低値)：()ng/mL 実施日：(年 月 日)													
		LH・FSH系：[正常 ・ 低下 ・ 亢進] ACTH系：[正常 ・ 低下 ・ 亢進] パソプレシン系：[正常 ・ 低下 ・ 亢進]						TSH系：[正常 ・ 低下 ・ 亢進] GH系：[正常 ・ 低下 ・ 亢進]							
骨年齢		骨年齢 : [未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 骨年齢：(歳 か月)													
画像検査		CTまたはMRI検査 (頭部)：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 下垂体腺腫：[なし ・ あり] 大きさ：[微小腺腫 (10mm以下) ・ マクロ腺腫 (10mmを超える)] 視床下部病変：[なし ・ あり] 所見：()													
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載															
血液検査		プロラクチン基礎値 (複数回の測定での最低値)：()ng/mL 実施日：(年 月 日)													
		LH・FSH系：[正常 ・ 低下 ・ 亢進] ACTH系：[正常 ・ 低下 ・ 亢進] パソプレシン系：[正常 ・ 低下 ・ 亢進]						TSH系：[正常 ・ 低下 ・ 亢進] GH系：[正常 ・ 低下 ・ 亢進]							

