

|                                         |                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                            |        |                             |     |                      |    |                       |   |                             |  |               |  |   |  |
|-----------------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------|--------|-----------------------------|-----|----------------------|----|-----------------------|---|-----------------------------|--|---------------|--|---|--|
| 告示番号                                    |                                         | 5                                                                                                                                                                                                                                                                  |  | 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                                      |                                         | 1 先天性下垂体機能低下症                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                            |        |                             |     |                      |    | 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 ( )<br>資格取得年月日 年 月 日                                                                                                                                                                                                    |  |                                            |        |                             |     |                      |    |                       |   |                             |  |               |  |   |  |
| 氏名                                      |                                         | (セイメイ)<br>(姓)                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                            |        |                             |     | 以前の登録氏名<br>(変更のある場合) |    | (セイメイ)<br>(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<br>身長・体重                            |                                         | 身長<br>(測定日)                                                                                                                                                                                                                                                        |  | cm ( SD)                                   |        |                             |     | 体重<br>(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<br>(Tanner分類)                      |                                         | 二次性徴:[ なし ・ あり ] 思春期開始年齢:( 歳 か月 )<br>乳房発育 (女子のみ):[ I ・ II ・ III ・ IV ・ V ] 年齢(発現時):( 歳 か月 )<br>陰毛発育 (男女共):[ I ・ II ・ III ・ IV ・ V ] 年齢(発現時):( 歳 か月 )<br>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                                        |  |                                            |        |                             |     |                      |    |                       |   |                             |  |               |  |   |  |
| 診断                                      |                                         | 低ゴナドトロピン性性腺機能低下症:[ なし ・ あり ] ACTH分泌不全症:[ なし ・ あり ] TSH分泌不全症:[ なし ・ あり ]<br>GH分泌不全症:[ なし ・ あり ] 中枢性尿崩症:[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                  |  |                                            |        |                             |     |                      |    |                       |   |                             |  |               |  |   |  |
| 症状                                      | 全身                                      | 低身長 (−2.0SD以下):[ なし ・ あり ] 全身倦怠感:[ なし ・ あり ] 易疲労性:[ なし ・ あり ] 食欲不振:[ なし ・ あり ]<br>体重増加不良:[ なし ・ あり ] 不活発:[ なし ・ あり ] 低血圧:[ なし ・ あり ] 口渇:[ なし ・ あり ]<br>多飲:[ なし ・ あり ]                                                                                              |  |                                            |        |                             |     |                      |    |                       |   |                             |  |               |  |   |  |
|                                         | 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 ]<br>乳房萎縮 (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 ]<br>小陰茎 (男子のみ):[ なし ・ あり ] 陰毛腋毛の脱落:[ なし ・ あり ] 性器萎縮:[ なし ・ あり ]<br>耐寒性低下:[ なし ・ あり ] 症候性低血糖 (乳幼児):[ 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 ] 多尿:[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                                            |  |                                            |        |                             |     |                      |    |                       |   |                             |  |               |  |   |  |
|                                         | 皮膚・粘膜                                   | 皮膚乾燥:[ なし ・ あり ] 脱毛:[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                            |        |                             |     |                      |    |                       |   |                             |  |               |  |   |  |
|                                         | 精神・神経                                   | 意識障害 (低血糖や低ナトリウム血症による):[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                            |        |                             |     |                      |    |                       |   |                             |  |               |  |   |  |
|                                         | 耳鼻咽喉                                    | 無・低嗅症 (Kallmann症候群):[ 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<br>(Tanner分類)                      |                                         | 二次性徴:[ なし ・ あり ] 思春期開始年齢:( 歳 か月 )<br>乳房発育 (女子のみ):[ I ・ II ・ III ・ IV ・ V ] 年齢(発現時):( 歳 か月 )<br>陰毛発育 (男女共):[ I ・ II ・ III ・ IV ・ V ] 年齢(発現時):( 歳 か月 )<br>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                                        |  |                                            |        |                             |     |                      |    |                       |   |                             |  |               |  |   |  |
| 診断                                      |                                         | 低ゴナドトロピン性性腺機能低下症:[ なし ・ あり ] ACTH分泌不全症:[ なし ・ あり ] TSH分泌不全症:[ なし ・ あり ]<br>GH分泌不全症:[ なし ・ あり ] 中枢性尿崩症:[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                  |  |                                            |        |                             |     |                      |    |                       |   |                             |  |               |  |   |  |
| 症状                                      | 全身                                      | 低身長 (−2.0SD以下):[ なし ・ あり ] 全身倦怠感:[ なし ・ あり ] 易疲労性:[ なし ・ あり ] 食欲不振:[ なし ・ あり ]<br>体重増加不良:[ なし ・ あり ] 不活発:[ なし ・ あり ] 低血圧:[ なし ・ あり ] 口渇:[ なし ・ あり ]<br>多飲:[ なし ・ あり ]                                                                                              |  |                                            |        |                             |     |                      |    |                       |   |                             |  |               |  |   |  |
|                                         | 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 ]<br>乳房萎縮 (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 ]<br>小陰茎 (男子のみ):[ なし ・ あり ] 陰毛腋毛の脱落:[ なし ・ あり ] 性器萎縮:[ なし ・ あり ]<br>耐寒性低下:[ なし ・ あり ] 症候性低血糖 (乳幼児):[ 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 ] 多尿:[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                                            |  |                                            |        |                             |     |                      |    |                       |   |                             |  |               |  |   |  |
|                                         | 皮膚・粘膜                                   | 皮膚乾燥:[ なし ・ あり ] 脱毛:[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                            |        |                             |     |                      |    |                       |   |                             |  |               |  |   |  |
|                                         | 精神・神経                                   | 意識障害 (低血糖や低ナトリウム血症による):[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                            |        |                             |     |                      |    |                       |   |                             |  |               |  |   |  |
|                                         | 耳鼻咽喉                                    | 無・低嗅症 (Kallmann症候群):[ 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 |                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                            |        |                             |     |                      |    |                       |   |                             |  |               |  |   |  |
| 負荷試験                                    |                                         | TRH分泌刺激試験:[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日:( 年 月 日 )<br>TSH基礎値:( )μIU/mL TSH頂値:( )μIU/mL TSH頂値:出現時間:( )分                                                                                                                                                                           |  |                                            |        |                             |     |                      |    |                       |   |                             |  |               |  |   |  |
|                                         |                                         | 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                                                                                                                                                                                                                                   |  |                                            |        |                             |     |                      |    |                       |   |                             |  |               |  |   |  |





|                                         |                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                            |                             |             |                      |                   |               |                       |                             |         |  |
|-----------------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------|-----------------------------|-------------|----------------------|-------------------|---------------|-----------------------|-----------------------------|---------|--|
| 告示番号                                    |                                         | 4                                                                                                                                                                                                                                                                  |  | 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                                      |                                         | 2 後天性下垂体機能低下症                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                            |                             |             |                      |                   | 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 ( )<br>資格取得年月日 年 月 日                                                                                                                                                                                                    |  |                                            |                             |             |                      |                   |               |                       |                             |         |  |
| 氏名                                      |                                         | (セイメイ)<br>(姓)                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                            |                             |             | 以前の登録氏名<br>(変更のある場合) |                   | (セイメイ)<br>(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<br>身長・体重                            |                                         | 身長<br>(測定日)                                                                                                                                                                                                                                                        |  | cm ( SD)<br>年 月 日                          |                             | 体重<br>(測定日) |                      | kg ( SD)<br>年 月 日 |               | BMI                   |                             |         |  |
|                                         |                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                            |                             |             |                      |                   |               | 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<br>(Tanner分類)                      |                                         | 二次性徴:[ なし ・ あり ] 思春期開始年齢:( 歳 か月 )<br>乳房発育 (女子のみ):[ I ・ II ・ III ・ IV ・ V ] 年齢(発現時):( 歳 か月 )<br>陰毛発育 (男女共):[ I ・ II ・ III ・ IV ・ V ] 年齢(発現時):( 歳 か月 )<br>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                                        |  |                                            |                             |             |                      |                   |               |                       |                             |         |  |
| 診断                                      |                                         | 低ゴナドトロピン性性腺機能低下症:[ なし ・ あり ] ACTH分泌不全症:[ なし ・ あり ] TSH分泌不全症:[ なし ・ あり ]<br>GH分泌不全症:[ なし ・ あり ] 中枢性尿崩症:[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                  |  |                                            |                             |             |                      |                   |               |                       |                             |         |  |
| 症状                                      | 全身                                      | 低身長 (−2.0SD以下):[ なし ・ あり ] 全身倦怠感:[ なし ・ あり ] 易疲労性:[ なし ・ あり ] 食欲不振:[ なし ・ あり ]<br>体重増加不良:[ なし ・ あり ] 不活発:[ なし ・ あり ] 低血圧:[ なし ・ あり ] 口渇:[ なし ・ あり ]<br>多飲:[ なし ・ あり ]                                                                                              |  |                                            |                             |             |                      |                   |               |                       |                             |         |  |
|                                         | 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 ]<br>乳房萎縮 (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 ]<br>小陰茎 (男子のみ):[ なし ・ あり ] 陰毛腋毛の脱落:[ なし ・ あり ] 性器萎縮:[ なし ・ あり ]<br>耐寒性低下:[ なし ・ あり ] 症候性低血糖 (乳幼児):[ 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 ] 多尿:[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                                            |  |                                            |                             |             |                      |                   |               |                       |                             |         |  |
|                                         | 皮膚・粘膜                                   | 皮膚乾燥:[ なし ・ あり ] 脱毛:[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                            |                             |             |                      |                   |               |                       |                             |         |  |
|                                         | 精神・神経                                   | 意識障害 (低血糖や低ナトリウム血症による):[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                            |                             |             |                      |                   |               |                       |                             |         |  |
|                                         | 耳鼻咽喉                                    | 無・低嗅症 (Kallmann症候群):[ 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<br>(Tanner分類)                      |                                         | 二次性徴:[ なし ・ あり ] 思春期開始年齢:( 歳 か月 )<br>乳房発育 (女子のみ):[ I ・ II ・ III ・ IV ・ V ] 年齢(発現時):( 歳 か月 )<br>陰毛発育 (男女共):[ I ・ II ・ III ・ IV ・ V ] 年齢(発現時):( 歳 か月 )<br>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                                        |  |                                            |                             |             |                      |                   |               |                       |                             |         |  |
| 診断                                      |                                         | 低ゴナドトロピン性性腺機能低下症:[ なし ・ あり ] ACTH分泌不全症:[ なし ・ あり ] TSH分泌不全症:[ なし ・ あり ]<br>GH分泌不全症:[ なし ・ あり ] 中枢性尿崩症:[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                  |  |                                            |                             |             |                      |                   |               |                       |                             |         |  |
| 症状                                      | 全身                                      | 低身長 (−2.0SD以下):[ なし ・ あり ] 全身倦怠感:[ なし ・ あり ] 易疲労性:[ なし ・ あり ] 食欲不振:[ なし ・ あり ]<br>体重増加不良:[ なし ・ あり ] 不活発:[ なし ・ あり ] 低血圧:[ なし ・ あり ] 口渇:[ なし ・ あり ]<br>多飲:[ なし ・ あり ]                                                                                              |  |                                            |                             |             |                      |                   |               |                       |                             |         |  |
|                                         | 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 ]<br>乳房萎縮 (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 ]<br>小陰茎 (男子のみ):[ なし ・ あり ] 陰毛腋毛の脱落:[ なし ・ あり ] 性器萎縮:[ なし ・ あり ]<br>耐寒性低下:[ なし ・ あり ] 症候性低血糖 (乳幼児):[ 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 ] 多尿:[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                                            |  |                                            |                             |             |                      |                   |               |                       |                             |         |  |
|                                         | 皮膚・粘膜                                   | 皮膚乾燥:[ なし ・ あり ] 脱毛:[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                            |                             |             |                      |                   |               |                       |                             |         |  |
|                                         | 精神・神経                                   | 意識障害 (低血糖や低ナトリウム血症による):[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                            |                             |             |                      |                   |               |                       |                             |         |  |
|                                         | 耳鼻咽喉                                    | 無・低嗅症 (Kallmann症候群):[ 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 |                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                            |                             |             |                      |                   |               |                       |                             |         |  |
| 負荷試験                                    |                                         | TRH分泌刺激試験:[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日:( 年 月 日 )<br>TSH基礎値:( )μIU/mL TSH頂値:( )μIU/mL TSH頂値:出現時間:( )分                                                                                                                                                                           |  |                                            |                             |             |                      |                   |               |                       |                             |         |  |
|                                         |                                         | GnRH (LHRH) 負荷試験:[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日:( 年 月 日 )<br>LH基礎値:( )mIU/mL LH頂値:( )mIU/mL<br>FSH基礎値:( )mIU/mL FSH頂値:( )mIU/mL                                                                                                                                                  |  |                                            |                             |             |                      |                   |               |                       |                             |         |  |
|                                         |                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                            |                             |             |                      |                   |               |                       |                             |         |  |
|                                         |                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                            |                             |             |                      |                   |               |                       |                             |         |  |



上記の通り診断します。

医療機関名  
医療機関所在地  
電話番号

記載年月日                      年                      月                      日  
診断年月日                      年                      月                      日

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 ( )<br>被保険者番号 ( ) 被保険者個人単位枝番 ( )<br>資格取得年月日 年 月 日 |

|                                         |         |                                                                                                                                                                                                                               |  |                                            |                             |             |                      |                   |               |                       |                             |     |  |
|-----------------------------------------|---------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------|-----------------------------|-------------|----------------------|-------------------|---------------|-----------------------|-----------------------------|-----|--|
| 告示番号                                    |         | 6                                                                                                                                                                                                                             |  | 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                                      |         | 3 下垂体性巨人症                                                                                                                                                                                                                     |  |                                            |                             |             |                      |                   | 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 ( )<br>資格取得年月日 年 月 日                                                                                                                                                               |  |                                            |                             |             |                      |                   |               |                       |                             |     |  |
| 氏名                                      |         | (セイメイ)<br>(姓)                                                                                                                                                                                                                 |  |                                            |                             |             | 以前の登録氏名<br>(変更のある場合) |                   | (セイメイ)<br>(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<br>身長・体重                            |         | 身長<br>(測定日)                                                                                                                                                                                                                   |  | cm ( SD)<br>年 月 日                          |                             | 体重<br>(測定日) |                      | kg ( SD)<br>年 月 日 |               | BMI                   |                             |     |  |
|                                         |         |                                                                                                                                                                                                                               |  |                                            |                             |             |                      |                   |               | 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<br>(Tanner分類)                      |         | 二次性徴：[ なし ・ あり ] 思春期開始年齢：( 歳 か月 )<br>乳房発育 (女子のみ)：[ I ・ II ・ III ・ IV ・ V ] 年齢 (発現時)：( 歳 か月 )<br>陰毛発育 (男女共)：[ I ・ II ・ III ・ IV ・ V ] 年齢 (発現時)：( 歳 か月 )<br>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      | 著明な身長増加：[ なし ・ あり ] 高血圧：[ なし ・ あり ] 先端巨大：[ なし ・ あり ] 発汗過多：[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                         |  |                                            |                             |             |                      |                   |               |                       |                             |     |  |
|                                         | 内分泌・代謝  | 月経異常 (女子のみ)：[ なし ・ あり ] 耐糖能異常：[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                                     |  |                                            |                             |             |                      |                   |               |                       |                             |     |  |
|                                         | 呼吸器・循環器 | 睡眠時無呼吸：[ 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     | 咬合不全：[ なし ・ あり ]<br>症状 (その他)：( )                                                                                                                                                                                              |  |                                            |                             |             |                      |                   |               |                       |                             |     |  |
| 臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載                    |         |                                                                                                                                                                                                                               |  |                                            |                             |             |                      |                   |               |                       |                             |     |  |
| 二次性徴<br>(Tanner分類)                      |         | 二次性徴：[ なし ・ あり ] 思春期開始年齢：( 歳 か月 )<br>乳房発育 (女子のみ)：[ I ・ II ・ III ・ IV ・ V ] 年齢 (発現時)：( 歳 か月 )<br>陰毛発育 (男女共)：[ I ・ II ・ III ・ IV ・ V ] 年齢 (発現時)：( 歳 か月 )<br>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      | 著明な身長増加：[ なし ・ あり ] 高血圧：[ なし ・ あり ] 先端巨大：[ なし ・ あり ] 発汗過多：[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                         |  |                                            |                             |             |                      |                   |               |                       |                             |     |  |
|                                         | 内分泌・代謝  | 月経異常 (女子のみ)：[ なし ・ あり ] 耐糖能異常：[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                                     |  |                                            |                             |             |                      |                   |               |                       |                             |     |  |
|                                         | 呼吸器・循環器 | 睡眠時無呼吸：[ 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     | 咬合不全：[ なし ・ あり ]<br>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                                    |         | ブドウ糖経口負荷試験：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )<br>GH最低値 (補正値)：( )ng/mL IGF-1 (ソマトメジンC)：( )ng/mL                                                                                                                                        |  |                                            |                             |             |                      |                   |               |                       |                             |     |  |
| 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                                    |         | 単純X線検査 (頭部)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )<br>トルコ鞍の拡大・破壊：[ なし ・ あり ] 副鼻腔の拡大：[ なし ・ あり ] 外後頭隆起の突出：[ なし ・ あり ]<br>下顎角の開大と下顎の突出：[ なし ・ あり ]                                                                                          |  |                                            |                             |             |                      |                   |               |                       |                             |     |  |
|                                         |         | 単純X線検査 (骨)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )<br>手指末節骨の花キャベツ様肥大変形：[ なし ・ あり ] 足底部軟部組織厚heel padの増大：[ なし ・ あり ]                                                                                                                         |  |                                            |                             |             |                      |                   |               |                       |                             |     |  |
|                                         |         | 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 ]                                                                                                                                                                  |  |                                            |                             |             |                      |                   |               |                       |                             |     |  |
|                                         |         | 検査所見 (その他) 検査所見 (その他)：( )                                                                                                                                                                                                     |  |                                            |                             |             |                      |                   |               |                       |                             |     |  |

|                             |                                                                            |               |  |                                 |                   |  |                      |  |  |
|-----------------------------|----------------------------------------------------------------------------|---------------|--|---------------------------------|-------------------|--|----------------------|--|--|
| 検査所見（申請時）※直近の状況を記載          |                                                                            |               |  |                                 |                   |  |                      |  |  |
| 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                        | 単純X線検査（頭部）：[ 未実施 ・ 実施 ]                                                    |               |  | 実施日：( 年 月 日 )                   |                   |  |                      |  |  |
|                             | トルコ鞍の拡大・破壊：[ なし ・ あり ]                                                     |               |  | 副鼻腔の拡大：[ なし ・ あり ]              |                   |  | 外後頭隆起の突出：[ なし ・ あり ] |  |  |
|                             | 下顎角の開大と下顎の突出：[ なし ・ あり ]                                                   |               |  |                                 |                   |  |                      |  |  |
| 検査所見                        | 単純X線検査（骨）：[ 未実施 ・ 実施 ]                                                     |               |  | 実施日：( 年 月 日 )                   |                   |  |                      |  |  |
|                             | 手指末節骨の花キャベツ様肥大変形：[ なし ・ あり ]                                               |               |  | 足底部軟部組織厚heel padの増大：[ なし ・ あり ] |                   |  |                      |  |  |
| 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 ] |  |                      |  |  |
| 検査所見（その他）                   |                                                                            | 検査所見（その他）：( ) |  |                                 |                   |  |                      |  |  |
| その他の所見（申請時）※直近の状況を記載        |                                                                            |               |  |                                 |                   |  |                      |  |  |
| 合併症                         | 合併症：[ なし ・ あり ]                                                            |               |  |                                 |                   |  |                      |  |  |
|                             | 詳細：( )                                                                     |               |  |                                 |                   |  |                      |  |  |
| 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 ]                                                    |               |  |                                 |                   |  |                      |  |  |
|                             | 術式：( )                                                                     |               |  |                                 |                   |  |                      |  |  |
| 治療                          | 治療（その他）：( )                                                                |               |  |                                 |                   |  |                      |  |  |
| 今後の治療方針                     | 今後の治療方針：( )                                                                |               |  |                                 |                   |  |                      |  |  |
|                             |                                                                            |               |  |                                 |                   |  |                      |  |  |
|                             |                                                                            |               |  |                                 |                   |  |                      |  |  |
| 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（ )               |                   |  |                      |  |  |

| 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                                       |      |       |



|                                         |         |                                                                                                                                                                                                                               |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
|-----------------------------------------|---------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------|--|----------------------|--|----------------------|--|-----------------------|--|-----------------------------|--|
| 告示番号                                    |         | 55                                                                                                                                                                                                                            |  | 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                                      |         | 4 先端巨大症                                                                                                                                                                                                                       |  |                                            |  |                      |  |                      |  | 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 ( )<br>資格取得年月日 年 月 日                                                                                                                                                               |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
| 氏名                                      |         | (セイメイ)<br>(姓)                                                                                                                                                                                                                 |  |                                            |  |                      |  | 以前の登録氏名<br>(変更のある場合) |  | (セイメイ)<br>(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<br>身長・体重                            |         | 身長<br>(測定日)                                                                                                                                                                                                                   |  | cm ( SD)<br>年 月 日                          |  | 体重<br>(測定日)          |  | kg ( SD)<br>年 月 日    |  | BMI                   |  |                             |  |
|                                         |         |                                                                                                                                                                                                                               |  |                                            |  |                      |  |                      |  | 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<br>(Tanner分類)                      |         | 二次性徴：[ なし ・ あり ] 思春期開始年齢：( 歳 か月 )<br>乳房発育 (女子のみ)：[ I ・ II ・ III ・ IV ・ V ] 年齢 (発現時)：( 歳 か月 )<br>陰毛発育 (男女共)：[ I ・ II ・ III ・ IV ・ V ] 年齢 (発現時)：( 歳 か月 )<br>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      | 高血圧：[ なし ・ あり ] 発汗過多：[ なし ・ あり ] 手足の容積の増大：[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                         |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
|                                         | 内分泌・代謝  | 月経異常 (女子のみ)：[ なし ・ あり ] 耐糖能異常：[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                                     |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
|                                         | 呼吸器・循環器 | 睡眠時無呼吸：[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                                                            |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
|                                         | 精神・神経   | 頭痛：[ なし ・ あり ] 感覚障害 (手根管症候群)：[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                                      |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
|                                         | 眼       | 視野障害：[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                                                              |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
|                                         | その他     | 咬合不全：[ なし ・ あり ] 先端巨大症様顔貌：[ なし ・ あり ] 巨大舌：[ なし ・ あり ]<br>症状 (その他)：( )                                                                                                                                                         |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
| 臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載                    |         |                                                                                                                                                                                                                               |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
| 二次性徴<br>(Tanner分類)                      |         | 二次性徴：[ なし ・ あり ] 思春期開始年齢：( 歳 か月 )<br>乳房発育 (女子のみ)：[ I ・ II ・ III ・ IV ・ V ] 年齢 (発現時)：( 歳 か月 )<br>陰毛発育 (男女共)：[ I ・ II ・ III ・ IV ・ V ] 年齢 (発現時)：( 歳 か月 )<br>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      | 高血圧：[ なし ・ あり ] 発汗過多：[ なし ・ あり ] 手足の容積の増大：[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                         |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
|                                         | 内分泌・代謝  | 月経異常 (女子のみ)：[ なし ・ あり ] 耐糖能異常：[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                                     |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
|                                         | 呼吸器・循環器 | 睡眠時無呼吸：[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                                                            |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
|                                         | 精神・神経   | 頭痛：[ なし ・ あり ] 感覚障害 (手根管症候群)：[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                                      |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
|                                         | 眼       | 視野障害：[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                                                              |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
|                                         | その他     | 咬合不全：[ なし ・ あり ] 先端巨大症様顔貌：[ なし ・ あり ] 巨大舌：[ なし ・ あり ]<br>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                                    |         | ブドウ糖経口負荷試験：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )<br>GH最低値 (補正值)：( )ng/mL IGF-1 (ソマトメジンC)：( )ng/mL                                                                                                                                        |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
| 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                                    |         | 単純X線検査 (頭部)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )<br>トルコ鞍の拡大・破壊：[ なし ・ あり ] 副鼻腔の拡大：[ なし ・ あり ] 外後頭隆起の突出：[ なし ・ あり ]<br>下顎角の開大と下顎の突出：[ なし ・ あり ]                                                                                          |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
|                                         |         | 単純X線検査 (骨)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )<br>手指末節骨の花キャベツ様肥大変形：[ なし ・ あり ] 足底部軟部組織厚heel padの増大：[ なし ・ あり ]                                                                                                                         |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
|                                         |         | CTまたはMRI検査 (頭部)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )<br>下垂体腺腫：[ なし ・ あり ] 部位：[ 真皮内 ・ 不明 ]                                                                                                                                               |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
| 検査所見 (その他)                              |         | 検査所見 (その他)：( )                                                                                                                                                                                                                |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |



|                                         |                      |                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |   |  |
|-----------------------------------------|----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------|--|----------------------|--|----------------------|--|-----------------------|--|-----------------------------|---|--|
| 告示番号                                    |                      | 45                                                                                                                                                                                                                                                                 |  | 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                                      |                      | 5 成長ホルモン(GH)分泌不全性低身長症(脳の器質的原因によるものに限る。)                                                                                                                                                                                                                            |  |                                            |  |                      |  |                      |  | 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 ( )<br>資格取得年月日 年 月 日                                                                                                                                                                                                    |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |   |  |
| 氏名                                      |                      | (セイメイ)<br>(姓)                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                            |  |                      |  | 以前の登録氏名<br>(変更のある場合) |  | (セイメイ)<br>(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<br>身長・体重                            |                      | 身長<br>(測定日)                                                                                                                                                                                                                                                        |  | cm ( SD)<br>年 月 日                          |  | 体重<br>(測定日)          |  | kg ( SD)<br>年 月 日    |  |                       |  | BMI                         |   |  |
|                                         |                      |                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  | 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<br>(Tanner分類)                      |                      | 二次性徴:[ なし ・ あり ] 思春期開始年齢:( 歳 か月 )<br>乳房発育 (女子のみ):[ I ・ II ・ III ・ IV ・ V ] 年齢 (発現時):( 歳 か月 )<br>陰毛発育 (男女共):[ I ・ II ・ III ・ IV ・ V ] 年齢 (発現時):( 歳 か月 )<br>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                                      |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |   |  |
| 診断                                      |                      | 低ゴナドトロピン性性腺機能低下症:[ なし ・ あり ] ACTH分泌不全症:[ なし ・ あり ] TSH分泌不全症:[ なし ・ あり ]<br>GH分泌不全症:[ なし ・ あり ] 中枢性尿崩症:[ なし ・ あり ]<br>脳の器質的障害の原因:( )                                                                                                                                |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |   |  |
| 症状                                      | 全身                   | 低身長 (−2.0SD以下):[ なし ・ あり ] 全身倦怠感:[ なし ・ あり ] 易疲労性:[ なし ・ あり ] 食欲不振:[ なし ・ あり ]<br>体重増加不良:[ なし ・ あり ] 不活発:[ なし ・ あり ] 低血圧:[ なし ・ あり ] 口渇:[ なし ・ あり ]<br>多飲:[ なし ・ あり ]                                                                                              |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |   |  |
|                                         | 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 ]<br>乳房萎縮 (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 ]<br>小陰茎 (男子のみ):[ なし ・ あり ] 陰毛腋毛の脱落:[ なし ・ あり ] 性器萎縮:[ なし ・ あり ]<br>耐寒性低下:[ なし ・ あり ] 症候性低血糖 (乳幼児):[ 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 ] 多尿:[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                                            |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |   |  |
|                                         | 皮膚・粘膜                | 皮膚乾燥:[ なし ・ あり ] 脱毛:[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |   |  |
|                                         | 精神・神経                | 意識障害 (低血糖や低ナトリウム血症による):[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |   |  |
|                                         | 耳鼻咽喉                 | 無・低嗅症 (Kallmann症候群):[ 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<br>(Tanner分類)                      |                      | 二次性徴:[ なし ・ あり ] 思春期開始年齢:( 歳 か月 )<br>乳房発育 (女子のみ):[ I ・ II ・ III ・ IV ・ V ] 年齢 (発現時):( 歳 か月 )<br>陰毛発育 (男女共):[ I ・ II ・ III ・ IV ・ V ] 年齢 (発現時):( 歳 か月 )<br>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                                      |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |   |  |
| 診断                                      |                      | 低ゴナドトロピン性性腺機能低下症:[ なし ・ あり ] ACTH分泌不全症:[ なし ・ あり ] TSH分泌不全症:[ なし ・ あり ]<br>GH分泌不全症:[ なし ・ あり ] 中枢性尿崩症:[ なし ・ あり ]<br>脳の器質的障害の原因:( )                                                                                                                                |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |   |  |
| 症状                                      | 全身                   | 低身長 (−2.0SD以下):[ なし ・ あり ] 全身倦怠感:[ なし ・ あり ] 易疲労性:[ なし ・ あり ] 食欲不振:[ なし ・ あり ]<br>体重増加不良:[ なし ・ あり ] 不活発:[ なし ・ あり ] 低血圧:[ なし ・ あり ] 口渇:[ なし ・ あり ]<br>多飲:[ なし ・ あり ]                                                                                              |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |   |  |
|                                         | 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 ]<br>乳房萎縮 (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 ]<br>小陰茎 (男子のみ):[ なし ・ あり ] 陰毛腋毛の脱落:[ なし ・ あり ] 性器萎縮:[ なし ・ あり ]<br>耐寒性低下:[ なし ・ あり ] 症候性低血糖 (乳幼児):[ 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 ] 多尿:[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                                            |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |   |  |
|                                         | 皮膚・粘膜                | 皮膚乾燥:[ なし ・ あり ] 脱毛:[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |   |  |
|                                         | 精神・神経                | 意識障害 (低血糖や低ナトリウム血症による):[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |   |  |
|                                         | 耳鼻咽喉                 | 無・低嗅症 (Kallmann症候群):[ 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 |                      |                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |   |  |
| 負荷試験                                    |                      | TRH分泌刺激試験:[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日:( 年 月 日 )<br>TSH基礎値:( )μIU/mL TSH頂値:( )μIU/mL TSH頂値:出現時間:( )分                                                                                                                                                                           |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |   |  |





|                                         |                      |                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |  |
|-----------------------------------------|----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|--|----------------------|--|----------------------|--|-----------------------|--|-----------------------------|--|--|
| 告示番号                                    |                      | 46                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                | 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                                      |                      | 6 成長ホルモン(GH)分泌不全性低身長症(脳の器質的原因によるものを除く。)                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                |                                            |  |                      |  |                      |  | 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 ( )<br>資格取得年月日 年 月 日                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |  |
| 氏名                                      |                      | (セイメイ)<br>(姓)                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                |                                            |  |                      |  | 以前の登録氏名<br>(変更のある場合) |  | (セイメイ)<br>(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<br>身長・体重                            |                      | 身長<br>(測定日)                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                | cm ( SD)<br>年 月 日                          |  | 体重<br>(測定日)          |  | kg ( SD)<br>年 月 日    |  | BMI                   |  |                             |  |  |
|                                         |                      |                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                |                                            |  |                      |  |                      |  | 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<br>(Tanner分類)                      |                      | 二次性徴:[ なし ・ あり ] 思春期開始年齢:( 歳 か月 )<br>乳房発育 (女子のみ):[ I ・ II ・ III ・ IV ・ V ] 年齢 (発現時):( 歳 か月 )<br>陰毛発育 (男女共):[ I ・ II ・ III ・ IV ・ V ] 年齢 (発現時):( 歳 か月 )<br>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                                     |                                                                                                                                                                                                                                |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |  |
| 診断                                      |                      | 低ゴナドトロピン性性腺機能低下症:[ なし ・ あり ] ACTH分泌不全症:[ なし ・ あり ] TSH分泌不全症:[ なし ・ あり ]<br>GH分泌不全症:[ なし ・ あり ] 中枢性尿崩症:[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |  |
| 症状                                      | 全身                   | 低身長 (−2.5SD以下):[ なし ・ あり ] 低身長 (−2.5SDより大きく−2.0SD以下):[ なし ・ あり ]<br>成長速度の低下 (2年以上標準値の −1.5 SD以下):[ なし ・ あり ]<br>全身倦怠感:[ なし ・ あり ] 易疲労性:[ なし ・ あり ] 食欲不振:[ なし ・ あり ] 体重増加不良:[ なし ・ あり ]<br>不活発:[ なし ・ あり ] 低血圧:[ なし ・ あり ] 口渇:[ なし ・ あり ] 多飲:[ なし ・ あり ]            |                                                                                                                                                                                                                                |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |  |
|                                         | 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 ]<br>乳房萎縮 (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 ]<br>小陰茎 (男子のみ):[ なし ・ あり ] 陰毛腋毛の脱落:[ なし ・ あり ] 性器萎縮:[ なし ・ あり ]<br>耐寒性低下:[ なし ・ あり ] 症候性低血糖 (乳幼児):[ 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 ] 多尿:[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |  |
|                                         | 皮膚・粘膜                | 皮膚乾燥:[ なし ・ あり ] 脱毛:[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |  |
|                                         | 精神・神経                | 意識障害 (低血糖や低ナトリウム血症による):[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |  |
|                                         | 耳鼻咽喉                 | 無・低嗅症 (Kallmann症候群):[ 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<br>(Tanner分類)   |                                                                                                                                                                                                                                                                    | 二次性徴:[ なし ・ あり ] 思春期開始年齢:( 歳 か月 )<br>乳房発育 (女子のみ):[ I ・ II ・ III ・ IV ・ V ] 年齢 (発現時):( 歳 か月 )<br>陰毛発育 (男女共):[ I ・ II ・ III ・ IV ・ V ] 年齢 (発現時):( 歳 か月 )<br>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 |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |  |
| 診断                                      |                      | 低ゴナドトロピン性性腺機能低下症:[ なし ・ あり ] ACTH分泌不全症:[ なし ・ あり ] TSH分泌不全症:[ なし ・ あり ]<br>GH分泌不全症:[ なし ・ あり ] 中枢性尿崩症:[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |  |
| 症状                                      | 全身                   | 低身長 (−2.5SD以下):[ なし ・ あり ] 低身長 (−2.5SDより大きく−2.0SD以下):[ なし ・ あり ]<br>成長速度の低下 (2年以上標準値の −1.5 SD以下):[ なし ・ あり ]<br>全身倦怠感:[ なし ・ あり ] 易疲労性:[ なし ・ あり ] 食欲不振:[ なし ・ あり ] 体重増加不良:[ なし ・ あり ]<br>不活発:[ なし ・ あり ] 低血圧:[ なし ・ あり ] 口渇:[ なし ・ あり ] 多飲:[ なし ・ あり ]            |                                                                                                                                                                                                                                |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |  |
|                                         | 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 ]<br>乳房萎縮 (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 ]<br>小陰茎 (男子のみ):[ なし ・ あり ] 陰毛腋毛の脱落:[ なし ・ あり ] 性器萎縮:[ なし ・ あり ]<br>耐寒性低下:[ なし ・ あり ] 症候性低血糖 (乳幼児):[ 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 ] 多尿:[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |  |
|                                         | 皮膚・粘膜                | 皮膚乾燥:[ なし ・ あり ] 脱毛:[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |  |
|                                         | 精神・神経                | 意識障害 (低血糖や低ナトリウム血症による):[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |  |
|                                         | 耳鼻咽喉                 | 無・低嗅症 (Kallmann症候群):[ 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 |                      |                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |  |
| 負荷試験                                    |                      | TRH分泌刺激試験:[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日:( 年 月 日 )<br>TSH基礎値:( )μIU/mL TSH頂値:( )μIU/mL TSH頂値:出現時間:( )分                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |  |







|                                         |     |                                                                                                                                                                                                                               |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |         |  |
|-----------------------------------------|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------|--|-----------------------------|--|----------------------|--|-----------------------|--|-----------------------------|--|---------|--|
| 告示番号                                    |     | 43                                                                                                                                                                                                                            |  | 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                                      |     | 7 インスリン様成長因子1 (IGF－1) 不応症                                                                                                                                                                                                     |  |                                            |  |                             |  |                      |  | 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 ( )<br>資格取得年月日 年 月 日                                                                                                                                                               |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |         |  |
| 氏名                                      |     | (セイメイ)<br>(姓)                                                                                                                                                                                                                 |  |                                            |  |                             |  | 以前の登録氏名<br>(変更のある場合) |  | (セイメイ)<br>(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<br>身長・体重                            |     | 身長<br>(測定日)                                                                                                                                                                                                                   |  | cm ( SD)                                   |  |                             |  | 体重<br>(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<br>(Tanner分類)                      |     | 二次性徴：[ なし ・ あり ] 思春期開始年齢：( 歳 か月 )<br>乳房発育 (女子のみ)：[ I ・ II ・ III ・ IV ・ V ] 年齢 (発現時)：( 歳 か月 )<br>陰毛発育 (男女共)：[ I ・ II ・ III ・ IV ・ V ] 年齢 (発現時)：( 歳 か月 )<br>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 |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |         |  |
| 身体所見                                    |     | 身長 (出生時)：( )cm                                                                                                                                                                                                                |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |         |  |
| 症状                                      | 全身  | 低身長 (－2.0SD以下)：[ なし ・ あり ] SGA性低身長症：[ 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<br>(Tanner分類)                      |     | 二次性徴：[ なし ・ あり ] 思春期開始年齢：( 歳 か月 )<br>乳房発育 (女子のみ)：[ I ・ II ・ III ・ IV ・ V ] 年齢 (発現時)：( 歳 か月 )<br>陰毛発育 (男女共)：[ I ・ II ・ III ・ IV ・ V ] 年齢 (発現時)：( 歳 か月 )<br>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 ] SGA性低身長症：[ 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 |     |                                                                                                                                                                                                                               |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |         |  |
| 負荷試験                                    |     | 成長ホルモン分泌試験：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )<br>負荷試験名：[ インスリン負荷試験 ・ グルカゴン負荷試験 ・ アルギニン負荷試験 ・ クロニジン負荷試験 ・ GHRP-2負荷試験 ・ L-DOPA負荷試験 ]<br>GH測定キット名：( ) GH基礎値 (補正值)：( )ng/mL GH頂値 (補正值)：( )ng/mL                                           |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |         |  |
| 血液検査                                    |     | IGF-1 (ソマトメジンC)：( )ng/mL GH：( )ng/mL<br>IGFBP-3 (インスリン様成長因子結合蛋白3型)：( )μg/mL ・ 未実施                                                                                                                                             |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |         |  |
|                                         |     | GHBP (成長ホルモン結合蛋白)：[ 未実施 ・ 実施 ]<br>所見：( )                                                                                                                                                                                      |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |         |  |
| 骨年齢                                     |     | 骨年齢：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 骨年齢：( 歳 か月 )                                                                                                                                                                                   |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |         |  |
| 遺伝学的検査                                  |     | 遺伝子検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )                                                                                                                                                                                              |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |         |  |
|                                         |     | GH受容体遺伝子異常：[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                                                        |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |         |  |
|                                         |     | 詳細：( )                                                                                                                                                                                                                        |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |         |  |
|                                         |     | IGF-1受容体遺伝子異常：[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                                                     |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |         |  |
|                                         |     | 詳細：( )                                                                                                                                                                                                                        |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |         |  |
|                                         |     | 遺伝子異常 (その他)：( )                                                                                                                                                                                                               |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |         |  |
| 検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載                    |     |                                                                                                                                                                                                                               |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |         |  |
| 負荷試験                                    |     | 成長ホルモン分泌試験：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )<br>負荷試験名：[ インスリン負荷試験 ・ グルカゴン負荷試験 ・ アルギニン負荷試験 ・ クロニジン負荷試験 ・ GHRP-2負荷試験 ・ L-DOPA負荷試験 ]<br>GH測定キット名：( ) GH基礎値 (補正值)：( )ng/mL GH頂値 (補正值)：( )ng/mL                                           |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |         |  |
| 血液検査                                    |     | IGF-1 (ソマトメジンC)：( )ng/mL GH：( )ng/mL<br>IGFBP-3 (インスリン様成長因子結合蛋白3型)：( )μg/mL ・ 未実施                                                                                                                                             |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |         |  |
|                                         |     | GHBP (成長ホルモン結合蛋白)：[ 未実施 ・ 実施 ]<br>所見：( )                                                                                                                                                                                      |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |         |  |



|                                        |  |                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
|----------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------|--|----------------------|--|----------------------|--|-----------------------|--|-----------------------------|--|
| 告示番号                                   |  | 44                                                                                                                                                                                                                       |  | 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                                     |  | 8 成長ホルモン不応性症候群（インスリン様成長因子1（IGF－1）不応症を除く。）                                                                                                                                                                                |  |                                                |  |                      |  |                      |  | 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 ( )<br>資格取得年月日 年 月 日                                                                                                                                                          |  |                                                |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
| 氏名                                     |  | (セイメイ)<br>(姓)                                                                                                                                                                                                            |  |                                                |  |                      |  | 以前の登録氏名<br>(変更のある場合) |  | (セイメイ)<br>(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<br>身長・体重                           |  | 身長<br>(測定日)                                                                                                                                                                                                              |  | cm ( SD)<br>年 月 日                              |  | 体重<br>(測定日)          |  | kg ( SD)<br>年 月 日    |  | BMI                   |  |                             |  |
|                                        |  |                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                |  |                      |  |                      |  | 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<br>(Tanner分類)                     |  | 二次性徴：[ なし ・ あり ] 思春期開始年齢：( 歳 か月 )<br>乳房発育（女子のみ）：[ I ・ II ・ III ・ IV ・ V ] 年齢（発現時）：( 歳 か月 )<br>陰毛発育（男女共）：[ I ・ II ・ III ・ IV ・ V ] 年齢（発現時）：( 歳 か月 )<br>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 |  |                                                |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
| 身体所見                                   |  | 身長（出生時）：( )cm                                                                                                                                                                                                            |  |                                                |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
| 症 状                                    |  | 全身                                                                                                                                                                                                                       |  | 低身長（－2.0SD以下）：[ なし ・ あり ] SGA性低身長症：[ 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<br>(Tanner分類)                     |  | 二次性徴：[ なし ・ あり ] 思春期開始年齢：( 歳 か月 )<br>乳房発育（女子のみ）：[ I ・ II ・ III ・ IV ・ V ] 年齢（発現時）：( 歳 か月 )<br>陰毛発育（男女共）：[ I ・ II ・ III ・ IV ・ V ] 年齢（発現時）：( 歳 か月 )<br>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                                    |  | 全身                                                                                                                                                                                                                       |  | 低身長（－2.0SD以下）：[ なし ・ あり ] SGA性低身長症：[ 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 |  |                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
| 負荷試験                                   |  | 成長ホルモン分泌試験：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )<br>負荷試験名：[ インスリン負荷試験 ・ グルカゴン負荷試験 ・ アルギニン負荷試験 ・ クロニジン負荷試験 ・ GHRP-2負荷試験 ・ L-DOPA負荷試験 ]<br>GH測定キット名：( ) GH基礎値（補正值）：( )ng/mL GH頂値（補正值）：( )ng/mL                                        |  |                                                |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
|                                        |  | IGF-1 generation test：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )<br>IGF-1（ソマトメジンC）頂値：( )ng/mL                                                                                                                                            |  |                                                |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
| 血液検査                                   |  | IGF-1（ソマトメジンC）：( )ng/mL GH：( )ng/mL<br>IGFBP-3（インスリン様成長因子結合蛋白3型）：( )μg/mL・未実施                                                                                                                                            |  |                                                |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
|                                        |  | GHBP（成長ホルモン結合蛋白）：[ 未実施 ・ 実施 ]<br>所見：( )                                                                                                                                                                                  |  |                                                |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
| 骨年齢                                    |  | 骨年齢 ：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 骨年齢：( 歳 か月 )                                                                                                                                                                             |  |                                                |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
| 遺伝学的検査                                 |  | 遺伝子検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )                                                                                                                                                                                         |  |                                                |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
|                                        |  | GH受容体遺伝子異常：[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                                                   |  |                                                |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
|                                        |  | 詳細：( )                                                                                                                                                                                                                   |  |                                                |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
|                                        |  | IGF-1受容体遺伝子異常：[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                                                |  |                                                |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
| 検査所見（申請時） ※直近の状況を記載                    |  | GH受容体遺伝子異常：[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                                                   |  |                                                |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
|                                        |  | 詳細：( )                                                                                                                                                                                                                   |  |                                                |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
|                                        |  | 遺伝子異常（その他）：( )                                                                                                                                                                                                           |  |                                                |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
| 負荷試験                                   |  | 成長ホルモン分泌試験：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )<br>負荷試験名：[ インスリン負荷試験 ・ グルカゴン負荷試験 ・ アルギニン負荷試験 ・ クロニジン負荷試験 ・ GHRP-2負荷試験 ・ L-DOPA負荷試験 ]<br>GH測定キット名：( ) GH基礎値（補正值）：( )ng/mL GH頂値（補正值）：( )ng/mL                                        |  |                                                |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |





|                                         |        |                                                                                                                                                                                                                               |  |                                            |  |                      |  |                                               |  |                       |  |                             |  |
|-----------------------------------------|--------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------|--|----------------------|--|-----------------------------------------------|--|-----------------------|--|-----------------------------|--|
| 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 ( )<br>資格取得年月日 年 月 日                                                                                                                                                               |  |                                            |  |                      |  |                                               |  |                       |  |                             |  |
| 氏名                                      |        | (セイメイ)<br>(姓)                                                                                                                                                                                                                 |  |                                            |  |                      |  | 以前の登録氏名<br>(変更のある場合)                          |  | (セイメイ)<br>(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<br>身長・体重                            |        | 身長<br>(測定日)                                                                                                                                                                                                                   |  | cm ( SD)<br>年 月 日                          |  | 体重<br>(測定日)          |  | kg ( SD)<br>年 月 日                             |  | BMI                   |  |                             |  |
|                                         |        |                                                                                                                                                                                                                               |  |                                            |  |                      |  |                                               |  | 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<br>(Tanner分類)                      |        | 二次性徴：[ なし ・ あり ] 思春期開始年齢：( 歳 か月 )<br>乳房発育 (女子のみ)：[ I ・ II ・ III ・ IV ・ V ] 年齢 (発現時)：( 歳 か月 )<br>陰毛発育 (男女共)：[ I ・ II ・ III ・ IV ・ V ] 年齢 (発現時)：( 歳 か月 )<br>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 ]<br>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 ]<br>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<br>(Tanner分類)                      |        | 二次性徴：[ なし ・ あり ] 思春期開始年齢：( 歳 か月 )<br>乳房発育 (女子のみ)：[ I ・ II ・ III ・ IV ・ V ] 年齢 (発現時)：( 歳 か月 )<br>陰毛発育 (男女共)：[ I ・ II ・ III ・ IV ・ V ] 年齢 (発現時)：( 歳 か月 )<br>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 ]<br>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 ]<br>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 ]<br>ACTH系：[ 正常 ・ 低下 ・ 亢進 ]<br>パソプレシン系：[ 正常 ・ 低下 ・ 亢進 ]                                                                                                                                                |  |                                            |  |                      |  | TSH系：[ 正常 ・ 低下 ・ 亢進 ]<br>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 )<br>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 ]<br>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 ]<br>ACTH系：[ 正常 ・ 低下 ・ 亢進 ]<br>パソプレシン系：[ 正常 ・ 低下 ・ 亢進 ]                                                                                                                                                |  |                                            |  |                      |  | TSH系：[ 正常 ・ 低下 ・ 亢進 ]<br>GH系：[ 正常 ・ 低下 ・ 亢進 ] |  |                       |  |                             |  |



|                                        |       |                                                                           |  |                                                           |  |                                                      |  |                                 |  |                       |  |                             |  |
|----------------------------------------|-------|---------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------|--|---------------------------------|--|-----------------------|--|-----------------------------|--|
| 告示番号                                   |       | 34                                                                        |  | 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                                     |       | 10 抗利尿ホルモン（ADH）不適切分泌症候群                                                   |  |                                                           |  |                                                      |  |                                 |  | 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 ( )<br>資格取得年月日 年 月 日           |  |                                                           |  |                                                      |  |                                 |  |                       |  |                             |  |
| 氏名                                     |       | (セイメイ)<br>(姓)                                                             |  |                                                           |  | 以前の登録氏名<br>(変更のある場合)                                 |  | (セイメイ)<br>(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<br>身長・体重                           |       | 身長<br>(測定日)                                                               |  | cm ( SD)                                                  |  | 体重<br>(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 )                                                                 |  |                                                           |  |                                                      |  |                                 |  |                       |  |                             |  |
| 診断                                     |       | 原疾患：[ なし ・ あり ]<br>原疾患名：( )                                               |  |                                                           |  |                                                      |  |                                 |  |                       |  |                             |  |
| 身体所見                                   |       | 血圧：収縮期：( )mmHg 拡張期：( )mmHg 実施日：( 年 月 日 )                                  |  |                                                           |  |                                                      |  |                                 |  |                       |  |                             |  |
| 症状                                     | 全身    | 哺乳力低下：[ なし ・ あり ] 脱水：[ なし ・ あり ] 浮腫：[ なし ・ あり ]                           |  |                                                           |  |                                                      |  |                                 |  |                       |  |                             |  |
|                                        | 消化器   | 悪心・嘔吐：[ なし ・ あり ]                                                         |  |                                                           |  |                                                      |  |                                 |  |                       |  |                             |  |
|                                        | 精神・神経 | 意識障害：[ なし ・ あり ・ 不明 ]                                                     |  |                                                           |  |                                                      |  |                                 |  |                       |  |                             |  |
|                                        | その他   | 症状（その他）：( )                                                               |  |                                                           |  |                                                      |  |                                 |  |                       |  |                             |  |
| 臨床所見（申請時） ※直近の状況を記載                    |       |                                                                           |  |                                                           |  |                                                      |  |                                 |  |                       |  |                             |  |
| 身体所見                                   |       | 血圧：収縮期：( )mmHg 拡張期：( )mmHg 実施日：( 年 月 日 )                                  |  |                                                           |  |                                                      |  |                                 |  |                       |  |                             |  |
| 症状                                     | 全身    | 哺乳力低下：[ なし ・ あり ] 脱水：[ なし ・ あり ] 浮腫：[ なし ・ あり ]                           |  |                                                           |  |                                                      |  |                                 |  |                       |  |                             |  |
|                                        | 消化器   | 悪心・嘔吐：[ なし ・ あり ]                                                         |  |                                                           |  |                                                      |  |                                 |  |                       |  |                             |  |
|                                        | 精神・神経 | 意識障害：[ なし ・ あり ・ 不明 ]                                                     |  |                                                           |  |                                                      |  |                                 |  |                       |  |                             |  |
|                                        | 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 |       |                                                                           |  |                                                           |  |                                                      |  |                                 |  |                       |  |                             |  |
| 尿検査                                    |       | 尿蛋白（定性）：[ - ・ ± ・ 1+ ・ 2+ ・ 3+ ・ 4+ ]<br>尿浸透圧：( )mOsm/kg・H <sub>2</sub> O |  |                                                           |  | 尿潜血（定性）：[ - ・ ± ・ 1+ ・ 2+ ・ 3+ ]<br>尿中ナトリウム：( )mEq/L |  |                                 |  |                       |  |                             |  |
| 血液検査                                   |       | 血清Na：( )mEq/L<br>血清クレアチニン：( )mg/dL<br>血清浸透圧：( )mOsm/kg・H <sub>2</sub> O   |  | 血清K：( )mEq/L<br>血清尿酸：( )mg/dL<br>血漿レニン活性（PRA）：( )ng/mL/hr |  | 血清Cl：( )mEq/L<br>血漿抗利尿ホルモン：( )pg/mL<br>・ 未実施         |  | BUN：( )mg/dL<br>コルチゾール：( )μg/dL |  |                       |  |                             |  |
| 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 ]               |  |                                                           |  |                                                      |  |                                 |  |                       |  |                             |  |
| 検査所見（申請時） ※直近の状況を記載                    |       |                                                                           |  |                                                           |  |                                                      |  |                                 |  |                       |  |                             |  |
| 尿検査                                    |       | 尿蛋白（定性）：[ - ・ ± ・ 1+ ・ 2+ ・ 3+ ・ 4+ ]<br>尿浸透圧：( )mOsm/kg・H <sub>2</sub> O |  |                                                           |  | 尿潜血（定性）：[ - ・ ± ・ 1+ ・ 2+ ・ 3+ ]<br>尿中ナトリウム：( )mEq/L |  |                                 |  |                       |  |                             |  |
| 血液検査                                   |       | 血清Na：( )mEq/L<br>血清クレアチニン：( )mg/dL<br>血清浸透圧：( )mOsm/kg・H <sub>2</sub> O   |  | 血清K：( )mEq/L<br>血清尿酸：( )mg/dL<br>血漿レニン活性（PRA）：( )ng/mL/hr |  | 血清Cl：( )mEq/L<br>血漿抗利尿ホルモン：( )pg/mL<br>・ 未実施         |  | BUN：( )mg/dL<br>コルチゾール：( )μg/dL |  |                       |  |                             |  |
| 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 ]               |  |                                                           |  |                                                      |  |                                 |  |                       |  |                             |  |
| その他の所見（申請時） ※直近の状況を記載                  |       |                                                                           |  |                                                           |  |                                                      |  |                                 |  |                       |  |                             |  |
| 合併症                                    |       | 中枢神経疾患：[ なし ・ あり ]<br>疾患名：( )                                             |  |                                                           |  |                                                      |  |                                 |  |                       |  |                             |  |
|                                        |       | 内分泌疾患：[ なし ・ あり ]<br>疾患名：( )                                              |  |                                                           |  |                                                      |  |                                 |  |                       |  |                             |  |





|                                         |         |                                                                                                                                  |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
|-----------------------------------------|---------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------|--|----------------------|--|----------------------|--|-----------------------|--|-----------------------------|--|
| 告示番号                                    |         | 75                                                                                                                               |  | 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                                      |         | 11 中枢性尿崩症                                                                                                                        |  |                                            |  |                      |  |                      |  | 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 ( )<br>資格取得年月日 年 月 日                                                                  |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
| 氏名                                      |         | (セイメイ)<br>(姓)                                                                                                                    |  |                                            |  |                      |  | 以前の登録氏名<br>(変更のある場合) |  | (セイメイ)<br>(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 日                |  |                      |  |                       |  |                             |  |
| 現在の<br>身長・体重                            |         | 身長<br>(測定日)                                                                                                                      |  | cm ( SD)<br>年 月 日                          |  | 体重<br>(測定日)          |  | kg ( SD)<br>年 月 日    |  | BMI                   |  |                             |  |
|                                         |         |                                                                                                                                  |  |                                            |  |                      |  |                      |  | 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 )                                                                                                                        |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
| 診断                                      |         | 原疾患：[ なし ・ あり ]<br>原疾患名：( )                                                                                                      |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
| 病型                                      |         | 病型 (中枢性尿崩症)：[ 特発性 ・ 家族性 ・ 続発性 ]                                                                                                  |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
| 身体所見                                    |         | 血圧：収縮期：( )mmHg 拡張期：( )mmHg 実施日：( 年 月 日 )                                                                                         |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
| 症状                                      | 全身      | 哺乳力低下：[ なし ・ あり ] 体重増加不良：[ なし ・ あり ] 多飲：[ なし ・ あり ] 脱水：[ なし ・ あり ]                                                               |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
|                                         | 腎・泌尿器   | 多尿：[ なし ・ あり ]                                                                                                                   |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
|                                         | 呼吸器・循環器 | ショック：[ なし ・ あり ]                                                                                                                 |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
|                                         | 消化器     | 悪心・嘔吐：[ なし ・ あり ]                                                                                                                |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
|                                         | 精神・神経   | 意識障害：[ なし ・ あり ・ 不明 ]                                                                                                            |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
|                                         | その他     | 症状 (その他)：( )                                                                                                                     |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
| 臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載                    |         |                                                                                                                                  |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
| 身体所見                                    |         | 血圧：収縮期：( )mmHg 拡張期：( )mmHg 実施日：( 年 月 日 )                                                                                         |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
| 症状                                      | 全身      | 哺乳力低下：[ なし ・ あり ] 体重増加不良：[ なし ・ あり ] 多飲：[ なし ・ あり ] 脱水：[ なし ・ あり ]                                                               |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
|                                         | 腎・泌尿器   | 多尿：[ なし ・ あり ]                                                                                                                   |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
|                                         | 呼吸器・循環器 | ショック：[ なし ・ あり ]                                                                                                                 |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
|                                         | 消化器     | 悪心・嘔吐：[ なし ・ あり ]                                                                                                                |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
|                                         | 精神・神経   | 意識障害：[ なし ・ あり ・ 不明 ]                                                                                                            |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
|                                         | 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 |         |                                                                                                                                  |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
| 負荷試験                                    |         | パンプレシン負荷試験 (水溶性ピトレシン5単位皮下注後30分ごとに2時間採尿)：[ 未実施 ・ 実施 ]<br>尿量減少：[ なし ・ あり ] 尿浸透圧：( )mOsm/kg                                         |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
|                                         |         | 水制限試験：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )<br>最大血清浸透圧：( )mOsm/kg・H <sub>2</sub> O 最大尿浸透圧：( )mOsm/kg・H <sub>2</sub> O<br>ADH頂値：( )pg/mL     |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
|                                         |         | 高張食塩水負荷試験：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )<br>最大血清浸透圧：( )mOsm/kg・H <sub>2</sub> O 最大尿浸透圧：( )mOsm/kg・H <sub>2</sub> O<br>ADH頂値：( )pg/mL |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
| 尿検査                                     |         | 尿浸透圧：( )mOsm/kg・H <sub>2</sub> O 尿浸透圧 (AVPまたはDDAVP投与後)：( )mOsm/kg・H <sub>2</sub> O<br>尿中ナトリウム：( )mEq/L                           |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |



2025a-001

3/3

|                                        |  |                                                                                                                                                                                       |  |                                                                                                                             |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
|----------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------|--|----------------------|--|-----------------------|--|-----------------------------|--|---------------|--|---|--|
| 告示番号                                   |  | 73                                                                                                                                                                                    |  | 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                                     |  | 12 口渴中枢障害を伴う高ナトリウム血症（本態性高ナトリウム血症）                                                                                                                                                     |  |                                                                                                                             |  |                             |  |                      |  | 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 ( )<br>資格取得年月日 年 月 日                                                                                                                       |  |                                                                                                                             |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
| 氏名                                     |  | (セイメイ)<br>(姓)                                                                                                                                                                         |  |                                                                                                                             |  |                             |  | 以前の登録氏名<br>(変更のある場合) |  | (セイメイ)<br>(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<br>身長・体重                           |  | 身長<br>(測定日)                                                                                                                                                                           |  | cm ( SD)                                                                                                                    |  |                             |  | 体重<br>(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 )                                                                                                                                                                             |  |                                                                                                                             |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
| 身体所見                                   |  | 血圧：収縮期：( )mmHg 拡張期：( )mmHg 実施日：( 年 月 日 )                                                                                                                                              |  |                                                                                                                             |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
| 症状                                     |  | 全身                                                                                                                                                                                    |  | 体重減少：[ なし ・ あり ] 低血圧：[ なし ・ あり ] 口渴：[ なし ・ あり ] 脱水：[ なし ・ あり ]<br>皮膚ツルゴール低下：[ なし ・ あり ] 他に高ナトリウム血症を来す明らかな原因がない：[ 非該当 ・ 該当 ] |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
|                                        |  | その他                                                                                                                                                                                   |  | 症状（その他）：( )                                                                                                                 |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
| 臨床所見（申請時） ※直近の状況を記載                    |  |                                                                                                                                                                                       |  |                                                                                                                             |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
| 身体所見                                   |  | 血圧：収縮期：( )mmHg 拡張期：( )mmHg 実施日：( 年 月 日 )                                                                                                                                              |  |                                                                                                                             |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
| 症状                                     |  | 全身                                                                                                                                                                                    |  | 体重減少：[ なし ・ あり ] 低血圧：[ なし ・ あり ] 口渴：[ なし ・ あり ] 脱水：[ なし ・ あり ]<br>皮膚ツルゴール低下：[ なし ・ あり ] 他に高ナトリウム血症を来す明らかな原因がない：[ 非該当 ・ 該当 ] |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
|                                        |  | 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 |  |                                                                                                                                                                                       |  |                                                                                                                             |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
| 尿検査                                    |  | 尿浸透圧：( )mOsm/kg・H <sub>2</sub> O 尿中ナトリウム：( )mEq/L<br>尿浸透圧（AVPまたはDDAVP投与後）：( )mOsm/kg・H <sub>2</sub> O 尿中クレアチニン：( )mg/dL                                                               |  |                                                                                                                             |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
| 血液検査                                   |  | ヘマトクリット（Ht）：( )% 血清Na：( )mEq/L 血清K：( )mEq/L<br>血清Cl：( )mEq/L BUN：( )mg/dL 血清クレアチニン：( )mg/dL<br>血清尿酸：( )mg/dL 血漿抗利尿ホルモン：( )pg/mL 血清浸透圧：( )mOsm/kg・H <sub>2</sub> O<br>BNP：( )pg/mL・未実施 |  |                                                                                                                             |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
| 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 ]                                                                                                                           |  |                                                                                                                             |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
| 検査所見（申請時） ※直近の状況を記載                    |  |                                                                                                                                                                                       |  |                                                                                                                             |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
| 尿検査                                    |  | 尿浸透圧：( )mOsm/kg・H <sub>2</sub> O 尿中ナトリウム：( )mEq/L<br>尿浸透圧（AVPまたはDDAVP投与後）：( )mOsm/kg・H <sub>2</sub> O 尿中クレアチニン：( )mg/dL                                                               |  |                                                                                                                             |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
| 血液検査                                   |  | ヘマトクリット（Ht）：( )% 血清Na：( )mEq/L 血清K：( )mEq/L<br>血清Cl：( )mEq/L BUN：( )mg/dL 血清クレアチニン：( )mg/dL<br>血清尿酸：( )mg/dL 血漿抗利尿ホルモン：( )pg/mL 血清浸透圧：( )mOsm/kg・H <sub>2</sub> O<br>BNP：( )pg/mL・未実施 |  |                                                                                                                             |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
| 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 ]                                                                                                                           |  |                                                                                                                             |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
| その他の所見（申請時） ※直近の状況を記載                  |  |                                                                                                                                                                                       |  |                                                                                                                             |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
| 合併症                                    |  | 合併症：[ なし ・ あり ]<br>詳細：( )                                                                                                                                                             |  |                                                                                                                             |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
| 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 ]<br>詳細：( )                                                                                                                                                            |  |                                                                                                                             |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
|                                        |  | 機能抑制療法：[ なし ・ あり ]<br>詳細：( )                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                             |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
|                                        |  | 薬物療法（その他）：( )                                                                                                                                                                         |  |                                                                                                                             |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |



|                                         |       |                                                                                                                                          |          |                                            |                             |          |                                                      |          |               |                                                                   |                             |         |   |
|-----------------------------------------|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|--------------------------------------------|-----------------------------|----------|------------------------------------------------------|----------|---------------|-------------------------------------------------------------------|-----------------------------|---------|---|
| 告示番号                                    |       | 74                                                                                                                                       |          | 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                                      |       | 13 腎性尿崩症                                                                                                                                 |          |                                            |                             |          |                                                      |          | 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 ( )<br>資格取得年月日 年 月 日                                                                          |          |                                            |                             |          |                                                      |          |               |                                                                   |                             |         |   |
| 氏名                                      |       | (セイメイ)<br>(姓)                                                                                                                            |          |                                            |                             |          | 以前の登録氏名<br>(変更のある場合)                                 |          | (セイメイ)<br>(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<br>身長・体重                            |       | 身長<br>(測定日)                                                                                                                              | cm ( SD) |                                            |                             |          | 体重<br>(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 )                                                                                                                                |          |                                            |                             |          |                                                      |          |               |                                                                   |                             |         |   |
| 身体所見                                    |       | 血圧：収縮期：( )mmHg 拡張期：( )mmHg 実施日：( 年 月 日 )<br>体表面積：( )m <sup>2</sup>                                                                       |          |                                            |                             |          |                                                      |          |               |                                                                   |                             |         |   |
| 症状                                      | 全身    | 不明熱：[ なし ・ あり ] 体重減少：[ なし ・ あり ] 低血圧：[ なし ・ あり ] 口渇：[ なし ・ あり ]<br>多飲：[ なし ・ あり ] 脱水 (高張性)：[ なし ・ あり ] 皮膚ツルゴール低下：[ なし ・ あり ]             |          |                                            |                             |          |                                                      |          |               |                                                                   |                             |         |   |
|                                         | 腎・泌尿器 | 多尿：[ 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                    |       |                                                                                                                                          |          |                                            |                             |          |                                                      |          |               |                                                                   |                             |         |   |
| 身体所見                                    |       | 血圧：収縮期：( )mmHg 拡張期：( )mmHg 実施日：( 年 月 日 )<br>体表面積：( )m <sup>2</sup>                                                                       |          |                                            |                             |          |                                                      |          |               |                                                                   |                             |         |   |
| 症状                                      | 全身    | 不明熱：[ なし ・ あり ] 体重減少：[ なし ・ あり ] 低血圧：[ なし ・ あり ] 口渇：[ なし ・ あり ]<br>多飲：[ なし ・ あり ] 脱水 (高張性)：[ なし ・ あり ] 皮膚ツルゴール低下：[ なし ・ あり ]             |          |                                            |                             |          |                                                      |          |               |                                                                   |                             |         |   |
|                                         | 腎・泌尿器 | 多尿：[ 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 |       |                                                                                                                                          |          |                                            |                             |          |                                                      |          |               |                                                                   |                             |         |   |
| 負荷試験                                    |       | 水利限試験：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )<br>最大血清浸透圧：( )mOsm/kg・H <sub>2</sub> O 最大尿浸透圧：( )mOsm/kg・H <sub>2</sub> O ADH (頂値)：( )pg/mL             |          |                                            |                             |          |                                                      |          |               |                                                                   |                             |         |   |
| 尿検査                                     |       | 一日尿量 (実測)：( )mL/日 一日尿量 (体表面積当)：( )mL/m <sup>2</sup> /日 ・ 未実施<br>尿蛋白 (定性)：[ - ・ ± ・ 1+ ・ 2+ ・ 3+ ・ 4+ ] 尿潜血 (定性)：[ - ・ ± ・ 1+ ・ 2+ ・ 3+ ] |          |                                            |                             |          |                                                      |          |               |                                                                   |                             |         |   |
|                                         |       | 尿沈渣：[ 異常なし ・ 異常あり ]<br>所見：( )                                                                                                            |          |                                            |                             |          |                                                      |          |               |                                                                   |                             |         |   |
|                                         |       | 尿浸透圧：( )mOsm/kg・H <sub>2</sub> O                                                                                                         |          |                                            |                             |          | 尿浸透圧 (AVPまたはDDAVP投与後)：( )mOsm/kg・H <sub>2</sub> O    |          |               |                                                                   |                             |         |   |
| 血液検査                                    |       | ヘマトクリット (Ht)：( )%<br>血清Cl：( )mEq/L<br>血清クレアチニン：( )mg/dL                                                                                  |          |                                            |                             |          | 血清Na：( )mEq/L<br>血清Ca：( )mg/dL<br>血漿抗利尿ホルモン：( )pg/mL |          |               | 血清K：( )mEq/L<br>BUN：( )mg/dL<br>血清浸透圧：( )mOsm/kg・H <sub>2</sub> O |                             |         |   |
| 画像検査                                    |       | CTまたはMRI検査 (頭部)：[ 未実施 ・ 実施 ]                                                                                                             |          |                                            |                             |          | 実施日：( 年 月 日 )                                        |          |               | 頭蓋内石灰化：[ なし ・ あり ]                                                |                             |         |   |
| 遺伝学的検査                                  |       | 遺伝子検査：[ 未実施 ・ 実施 ]<br>所見：( )                                                                                                             |          |                                            |                             |          | 実施日：( 年 月 日 )                                        |          |               |                                                                   |                             |         |   |
| 検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載                    |       |                                                                                                                                          |          |                                            |                             |          |                                                      |          |               |                                                                   |                             |         |   |
| 尿検査                                     |       | 一日尿量 (実測)：( )mL/日 一日尿量 (体表面積当)：( )mL/m <sup>2</sup> /日 ・ 未実施<br>尿蛋白 (定性)：[ - ・ ± ・ 1+ ・ 2+ ・ 3+ ・ 4+ ] 尿潜血 (定性)：[ - ・ ± ・ 1+ ・ 2+ ・ 3+ ] |          |                                            |                             |          |                                                      |          |               |                                                                   |                             |         |   |
|                                         |       | 尿沈渣：[ 異常なし ・ 異常あり ]<br>所見：( )                                                                                                            |          |                                            |                             |          |                                                      |          |               |                                                                   |                             |         |   |
|                                         |       | 尿浸透圧：( )mOsm/kg・H <sub>2</sub> O                                                                                                         |          |                                            |                             |          | 尿浸透圧 (AVPまたはDDAVP投与後)：( )mOsm/kg・H <sub>2</sub> O    |          |               |                                                                   |                             |         |   |





|                                         |     |                                                                                                                                                                                                      |                                            |        |                             |             |                      |    |               |                       |                             |     |   |
|-----------------------------------------|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|--------|-----------------------------|-------------|----------------------|----|---------------|-----------------------|-----------------------------|-----|---|
| 告示番号                                    |     | 67                                                                                                                                                                                                   |                                            | 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                                      |     | 14 中枢性塩喪失症候群                                                                                                                                                                                         |                                            |        |                             |             |                      |    | 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 ( )<br>資格取得年月日 年 月 日                                                                                                                                      |                                            |        |                             |             |                      |    |               |                       |                             |     |   |
| 氏名                                      |     | (セイメイ)<br>(姓)                                                                                                                                                                                        |                                            |        |                             |             | 以前の登録氏名<br>(変更のある場合) |    | (セイメイ)<br>(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<br>身長・体重                            |     | 身長<br>(測定日)                                                                                                                                                                                          | cm ( SD)                                   |        |                             | 体重<br>(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 )                                                                                                                                                                                            |                                            |        |                             |             |                      |    |               |                       |                             |     |   |
| 症状                                      | 全身  | 体重減少:[ なし ・ あり ] 低血圧:[ なし ・ あり ] 脱水:[ なし ・ あり ] 皮膚ツルゴール低下:[ なし ・ あり ]<br>他に低ナトリウム血症を来す明らかな原因がない:[ 非該当 ・ 該当 ]                                                                                         |                                            |        |                             |             |                      |    |               |                       |                             |     |   |
|                                         | その他 | 症状 (その他):( )                                                                                                                                                                                         |                                            |        |                             |             |                      |    |               |                       |                             |     |   |
| 臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載                    |     |                                                                                                                                                                                                      |                                            |        |                             |             |                      |    |               |                       |                             |     |   |
| 症状                                      | 全身  | 体重減少:[ なし ・ あり ] 低血圧:[ なし ・ あり ] 脱水:[ なし ・ あり ] 皮膚ツルゴール低下:[ なし ・ あり ]<br>他に低ナトリウム血症を来す明らかな原因がない:[ 非該当 ・ 該当 ]                                                                                         |                                            |        |                             |             |                      |    |               |                       |                             |     |   |
|                                         | 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 |     |                                                                                                                                                                                                      |                                            |        |                             |             |                      |    |               |                       |                             |     |   |
| 尿検査                                     |     | 尿浸透圧:( )mOsm/kg・H <sub>2</sub> O 尿中ナトリウム:( )mEq/L 尿中クレアチニン:( )mg/dL<br>Na摂取と排泄のバランス:[ マイナス ・ プラス ・ 不明 ]                                                                                              |                                            |        |                             |             |                      |    |               |                       |                             |     |   |
| 血液検査                                    |     | ヘマトクリット (Ht):( )% 血清Na:( )mEq/L 血清K:( )mEq/L 血清Cl:( )mEq/L<br>血清Ca:( )mg/dL BUN:( )mg/dL 血清クレアチニン:( )mg/dL<br>血清尿酸:( )mg/dL 血漿抗利尿ホルモン:( )pg/mL 血清浸透圧:( )mOsm/kg・H <sub>2</sub> O<br>BNP:( )pg/mL・未実施 |                                            |        |                             |             |                      |    |               |                       |                             |     |   |
| 画像検査                                    |     | CTまたはMRI検査 (頭部):[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日:( 年 月 日 )<br>所見:( )                                                                                                                                                 |                                            |        |                             |             |                      |    |               |                       |                             |     |   |
| 検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載                    |     |                                                                                                                                                                                                      |                                            |        |                             |             |                      |    |               |                       |                             |     |   |
| 尿検査                                     |     | 尿浸透圧:( )mOsm/kg・H <sub>2</sub> O 尿中ナトリウム:( )mEq/L 尿中クレアチニン:( )mg/dL<br>Na摂取と排泄のバランス:[ マイナス ・ プラス ・ 不明 ]                                                                                              |                                            |        |                             |             |                      |    |               |                       |                             |     |   |
| 血液検査                                    |     | ヘマトクリット (Ht):( )% 血清Na:( )mEq/L 血清K:( )mEq/L 血清Cl:( )mEq/L<br>血清Ca:( )mg/dL BUN:( )mg/dL 血清クレアチニン:( )mg/dL<br>血清尿酸:( )mg/dL 血漿抗利尿ホルモン:( )pg/mL 血清浸透圧:( )mOsm/kg・H <sub>2</sub> O<br>BNP:( )pg/mL・未実施 |                                            |        |                             |             |                      |    |               |                       |                             |     |   |
| 画像検査                                    |     | CTまたはMRI検査 (頭部):[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日:( 年 月 日 )<br>所見:( )                                                                                                                                                 |                                            |        |                             |             |                      |    |               |                       |                             |     |   |
| その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載                  |     |                                                                                                                                                                                                      |                                            |        |                             |             |                      |    |               |                       |                             |     |   |
| 合併症                                     |     | 合併症:[ なし ・ あり ]<br>詳細:( )                                                                                                                                                                            |                                            |        |                             |             |                      |    |               |                       |                             |     |   |
| 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 ]<br>詳細:( )                                                                                                                                                                           |                                            |        |                             |             |                      |    |               |                       |                             |     |   |
|                                         |     | 機能抑制療法:[ なし ・ あり ]<br>詳細:( )                                                                                                                                                                         |                                            |        |                             |             |                      |    |               |                       |                             |     |   |
|                                         |     | 薬物療法 (その他):( )                                                                                                                                                                                       |                                            |        |                             |             |                      |    |               |                       |                             |     |   |



|                                         |         |                                                                                                                                                                                                                    |                                            |        |                             |      |                      |          |               |                       |                             |     |  |
|-----------------------------------------|---------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|--------|-----------------------------|------|----------------------|----------|---------------|-----------------------|-----------------------------|-----|--|
| 告示番号                                    |         | 24                                                                                                                                                                                                                 |                                            | 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                                      |         | 15 バセドウ (Basedow) 病                                                                                                                                                                                                |                                            |        |                             |      |                      |          | 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 ( )<br>資格取得年月日 年 月 日                                                                                                                                                    |                                            |        |                             |      |                      |          |               |                       |                             |     |  |
| 氏名                                      |         | (セイメイ)<br>(姓)                                                                                                                                                                                                      |                                            |        |                             |      | 以前の登録氏名<br>(変更のある場合) |          | (セイメイ)<br>(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<br>身長・体重                            |         | 身長<br>(測定日)                                                                                                                                                                                                        | cm ( SD)                                   |        |                             |      | 体重<br>(測定日)          | kg ( SD) |               |                       |                             | BMI |  |
|                                         |         |                                                                                                                                                                                                                    | 年 月 日                                      |        |                             |      |                      | 年 月 日    |               |                       |                             |     |  |
| 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 )                                                                                                                                                                                                          |                                            |        |                             |      |                      |          |               |                       |                             |     |  |
| 症 状                                     | 全身      | 体重減少:[ なし ・ あり ] 発汗増加:[ なし ・ あり ] 手指振戦:[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                 |                                            |        |                             |      |                      |          |               |                       |                             |     |  |
|                                         | 内分泌・代謝  | びまん性甲状腺腫大:[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                                              |                                            |        |                             |      |                      |          |               |                       |                             |     |  |
|                                         | 呼吸器・循環器 | 頻脈:[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                                                     |                                            |        |                             |      |                      |          |               |                       |                             |     |  |
|                                         | 眼       | 眼球突出や特有の眼症状:[ 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                    |         |                                                                                                                                                                                                                    |                                            |        |                             |      |                      |          |               |                       |                             |     |  |
| 症 状                                     | 全身      | 体重減少:[ なし ・ あり ] 発汗増加:[ なし ・ あり ] 手指振戦:[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                 |                                            |        |                             |      |                      |          |               |                       |                             |     |  |
|                                         | 内分泌・代謝  | びまん性甲状腺腫大:[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                                              |                                            |        |                             |      |                      |          |               |                       |                             |     |  |
|                                         | 呼吸器・循環器 | 頻脈:[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                                                     |                                            |        |                             |      |                      |          |               |                       |                             |     |  |
|                                         | 眼       | 眼球突出や特有の眼症状:[ 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 |         |                                                                                                                                                                                                                    |                                            |        |                             |      |                      |          |               |                       |                             |     |  |
| 負荷試験                                    |         | TRH分泌刺激試験:[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日:( 年 月 日 )<br>TSH基礎値:( )μIU/mL TSH頂値:( )μIU/mL TSH頂値:出現時間:( )分                                                                                                                           |                                            |        |                             |      |                      |          |               |                       |                             |     |  |
| 血液検査                                    |         | TSH:( )μIU/mL free T <sub>3</sub> :( )pg/mL free T <sub>4</sub> :( )ng/dL サイログロブリン (Tg):( )ng/mL<br>抗甲状腺ペルオキシダーゼ抗体 (TPOAb):( )U/mL 抗サイログロブリン抗体 (TgAb):( )U/mL<br>抗TSH受容体抗体 (TRAb):( )IU/L 抗TSH受容体刺激性抗体 (TSAb):( )% |                                            |        |                             |      |                      |          |               |                       |                             |     |  |
| 画像検査                                    |         | 超音波検査 (甲状腺):[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日:( 年 月 日 )<br>所見:( )                                                                                                                                                                   |                                            |        |                             |      |                      |          |               |                       |                             |     |  |
|                                         |         | シンチグラフィ (甲状腺):[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日:( 年 月 日 )<br>所見:( )                                                                                                                                                                 |                                            |        |                             |      |                      |          |               |                       |                             |     |  |
| 検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載                    |         |                                                                                                                                                                                                                    |                                            |        |                             |      |                      |          |               |                       |                             |     |  |
| 負荷試験                                    |         | TRH分泌刺激試験:[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日:( 年 月 日 )<br>TSH基礎値:( )μIU/mL TSH頂値:( )μIU/mL TSH頂値:出現時間:( )分                                                                                                                           |                                            |        |                             |      |                      |          |               |                       |                             |     |  |
| 血液検査                                    |         | TSH:( )μIU/mL free T <sub>3</sub> :( )pg/mL free T <sub>4</sub> :( )ng/dL サイログロブリン (Tg):( )ng/mL<br>抗甲状腺ペルオキシダーゼ抗体 (TPOAb):( )U/mL 抗サイログロブリン抗体 (TgAb):( )U/mL<br>抗TSH受容体抗体 (TRAb):( )IU/L 抗TSH受容体刺激性抗体 (TSAb):( )% |                                            |        |                             |      |                      |          |               |                       |                             |     |  |
| 画像検査                                    |         | 超音波検査 (甲状腺):[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日:( 年 月 日 )<br>所見:( )                                                                                                                                                                   |                                            |        |                             |      |                      |          |               |                       |                             |     |  |
|                                         |         | シンチグラフィ (甲状腺):[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日:( 年 月 日 )<br>所見:( )                                                                                                                                                                 |                                            |        |                             |      |                      |          |               |                       |                             |     |  |
| その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載                  |         |                                                                                                                                                                                                                    |                                            |        |                             |      |                      |          |               |                       |                             |     |  |
| 合併症                                     |         | 合併症:[ なし ・ あり ]<br>詳細:( )                                                                                                                                                                                          |                                            |        |                             |      |                      |          |               |                       |                             |     |  |



|                                        |         |                                                                                                                                                                                                                    |          |                                            |                             |      |                      |   |          |               |               |                 |     |                             |  |
|----------------------------------------|---------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|--------------------------------------------|-----------------------------|------|----------------------|---|----------|---------------|---------------|-----------------|-----|-----------------------------|--|
| 告示番号                                   |         | 23                                                                                                                                                                                                                 |          | 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                                     |         | 16 甲状腺機能亢進症（バセドウ（Basedow）病を除く。）                                                                                                                                                                                    |          |                                            |                             |      |                      |   |          |               |               | 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（）<br>資格取得年月日 年 月 日                                                                                                                                                               |          |                                            |                             |      |                      |   |          |               |               |                 |     |                             |  |
| 氏名                                     |         | (セイメイ)<br>(姓)                                                                                                                                                                                                      |          |                                            |                             |      | 以前の登録氏名<br>(変更のある場合) |   |          | (セイメイ)<br>(姓) |               |                 |     |                             |  |
| 住所                                     |         | 郵便番号（ー）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<br>身長・体重                           |         | 身長<br>(測定日)                                                                                                                                                                                                        | cm ( SD) |                                            |                             |      | 体重<br>(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 )                                                                                                                                                                                                          |          |                                            |                             |      |                      |   |          |               |               |                 |     |                             |  |
| 症 状                                    | 全身      | 体重減少:[ なし ・ あり ] 発汗増加:[ なし ・ あり ] 手指振戦:[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                 |          |                                            |                             |      |                      |   |          |               |               |                 |     |                             |  |
|                                        | 内分泌・代謝  | びまん性甲状腺腫大:[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                                              |          |                                            |                             |      |                      |   |          |               |               |                 |     |                             |  |
|                                        | 呼吸器・循環器 | 頻脈:[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                                                     |          |                                            |                             |      |                      |   |          |               |               |                 |     |                             |  |
|                                        | 眼       | 眼球突出や特有の眼症状:[ 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                    |         |                                                                                                                                                                                                                    |          |                                            |                             |      |                      |   |          |               |               |                 |     |                             |  |
| 症 状                                    | 全身      | 体重減少:[ なし ・ あり ] 発汗増加:[ なし ・ あり ] 手指振戦:[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                 |          |                                            |                             |      |                      |   |          |               |               |                 |     |                             |  |
|                                        | 内分泌・代謝  | びまん性甲状腺腫大:[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                                              |          |                                            |                             |      |                      |   |          |               |               |                 |     |                             |  |
|                                        | 呼吸器・循環器 | 頻脈:[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                                                     |          |                                            |                             |      |                      |   |          |               |               |                 |     |                             |  |
|                                        | 眼       | 眼球突出や特有の眼症状:[ 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 |         |                                                                                                                                                                                                                    |          |                                            |                             |      |                      |   |          |               |               |                 |     |                             |  |
| 負荷試験                                   |         | TRH分泌刺激試験:[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日:( 年 月 日 )<br>TSH基礎値:( )μIU/mL TSH頂値:( )μIU/mL TSH頂値:出現時間:( )分                                                                                                                           |          |                                            |                             |      |                      |   |          |               |               |                 |     |                             |  |
| 血液検査                                   |         | TSH:( )μIU/mL free T <sub>3</sub> :( )pg/mL free T <sub>4</sub> :( )ng/dL サイログロブリン (Tg):( )ng/mL<br>抗甲状腺ペルオキシダーゼ抗体 (TPOAb):( )U/mL 抗サイログロブリン抗体 (TgAb):( )U/mL<br>抗TSH受容体抗体 (TRAb):( )IU/L 抗TSH受容体刺激性抗体 (TSAb):( )% |          |                                            |                             |      |                      |   |          |               |               |                 |     |                             |  |
| 病理検査                                   |         | 穿刺吸引細胞診:[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日:( 年 月 日 )<br>所見:( )                                                                                                                                                                       |          |                                            |                             |      |                      |   |          |               |               |                 |     |                             |  |
| 画像検査                                   |         | 超音波検査 (甲状腺):[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日:( 年 月 日 )<br>所見:( )                                                                                                                                                                   |          |                                            |                             |      |                      |   |          |               |               |                 |     |                             |  |
|                                        |         | シンチグラフィ (甲状腺):[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日:( 年 月 日 )<br>所見:( )                                                                                                                                                                 |          |                                            |                             |      |                      |   |          |               |               |                 |     |                             |  |
| 遺伝学的検査                                 |         | 遺伝子検査:[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日:( 年 月 日 )<br>所見:( )                                                                                                                                                                         |          |                                            |                             |      |                      |   |          |               |               |                 |     |                             |  |
| 検査所見 (その他)                             |         | 検査所見 (その他):( )                                                                                                                                                                                                     |          |                                            |                             |      |                      |   |          |               |               |                 |     |                             |  |
| 検査所見（申請時） ※直近の状況を記載                    |         |                                                                                                                                                                                                                    |          |                                            |                             |      |                      |   |          |               |               |                 |     |                             |  |
| 負荷試験                                   |         | TRH分泌刺激試験:[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日:( 年 月 日 )<br>TSH基礎値:( )μIU/mL TSH頂値:( )μIU/mL TSH頂値:出現時間:( )分                                                                                                                           |          |                                            |                             |      |                      |   |          |               |               |                 |     |                             |  |
| 血液検査                                   |         | TSH:( )μIU/mL free T <sub>3</sub> :( )pg/mL free T <sub>4</sub> :( )ng/dL サイログロブリン (Tg):( )ng/mL<br>抗甲状腺ペルオキシダーゼ抗体 (TPOAb):( )U/mL 抗サイログロブリン抗体 (TgAb):( )U/mL<br>抗TSH受容体抗体 (TRAb):( )IU/L 抗TSH受容体刺激性抗体 (TSAb):( )% |          |                                            |                             |      |                      |   |          |               |               |                 |     |                             |  |



|                                         |         |                                                                                                                                                               |  |                                            |               |             |                      |                   |               |                       |                             |         |   |
|-----------------------------------------|---------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------|---------------|-------------|----------------------|-------------------|---------------|-----------------------|-----------------------------|---------|---|
| 告示番号                                    |         | 28                                                                                                                                                            |  | 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                                      |         | 17 異所性甲状腺                                                                                                                                                     |  |                                            |               |             |                      |                   | 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 ( )<br>資格取得年月日 年 月 日                                                                                               |  |                                            |               |             |                      |                   |               |                       |                             |         |   |
| 氏名                                      |         | (セイメイ)<br>(姓)                                                                                                                                                 |  |                                            |               |             | 以前の登録氏名<br>(変更のある場合) |                   | (セイメイ)<br>(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<br>身長・体重                            |         | 身長<br>(測定日)                                                                                                                                                   |  | cm ( SD)<br>年 月 日                          |               | 体重<br>(測定日) |                      | kg ( SD)<br>年 月 日 |               | BMI                   |                             |         |   |
|                                         |         |                                                                                                                                                               |  |                                            |               |             |                      |                   |               | 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 )                                                                                                                                                     |  |                                            |               |             |                      |                   |               |                       |                             |         |   |
| 診断                                      |         | 新生児マス・スクリーニングで発見：[ なし ・ あり ]                                                                                                                                  |  |                                            |               |             |                      |                   |               |                       |                             |         |   |
| 症状                                      | 全身      | 低身長 (−2.0SD以下)：[ なし ・ あり ] 哺乳力低下：[ なし ・ あり ] 体重増加不良：[ なし ・ あり ] 不活発：[ なし ・ あり ]                                                                               |  |                                            |               |             |                      |                   |               |                       |                             |         |   |
|                                         | 内分泌・代謝  | 症候性肥満：[ なし ・ あり ] 異所性甲状腺腫大：[ なし ・ あり ] 甲状腺欠損：[ なし ・ あり ]<br>粘液水腫：[ なし ・ あり ]                                                                                  |  |                                            |               |             |                      |                   |               |                       |                             |         |   |
|                                         | 呼吸器・循環器 | 徐脈：[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                |  |                                            |               |             |                      |                   |               |                       |                             |         |   |
|                                         | 消化器     | 便秘：[ なし ・ あり ] 黄疸：[ なし ・ あり ]                                                                                                                                 |  |                                            |               |             |                      |                   |               |                       |                             |         |   |
|                                         | 筋・骨格    | 筋仮性肥大：[ なし ・ あり ]                                                                                                                                             |  |                                            |               |             |                      |                   |               |                       |                             |         |   |
|                                         | 皮膚・粘膜   | 皮膚乾燥：[ なし ・ あり ] 脱毛：[ なし ・ あり ] 末梢冷感：[ なし ・ あり ]                                                                                                              |  |                                            |               |             |                      |                   |               |                       |                             |         |   |
|                                         | 耳鼻咽喉    | 嚥声：[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                |  |                                            |               |             |                      |                   |               |                       |                             |         |   |
|                                         | その他     | 小泉門開大：[ なし ・ あり ] 巨舌：[ なし ・ あり ] 臍ヘルニア：[ なし ・ あり ]<br>症状 (その他)：( )                                                                                            |  |                                            |               |             |                      |                   |               |                       |                             |         |   |
| 臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載                    |         |                                                                                                                                                               |  |                                            |               |             |                      |                   |               |                       |                             |         |   |
| 症状                                      | 全身      | 低身長 (−2.0SD以下)：[ なし ・ あり ] 哺乳力低下：[ なし ・ あり ] 体重増加不良：[ なし ・ あり ] 不活発：[ なし ・ あり ]                                                                               |  |                                            |               |             |                      |                   |               |                       |                             |         |   |
|                                         | 内分泌・代謝  | 症候性肥満：[ なし ・ あり ] 異所性甲状腺腫大：[ なし ・ あり ] 甲状腺欠損：[ なし ・ あり ]<br>粘液水腫：[ なし ・ あり ]                                                                                  |  |                                            |               |             |                      |                   |               |                       |                             |         |   |
|                                         | 呼吸器・循環器 | 徐脈：[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                |  |                                            |               |             |                      |                   |               |                       |                             |         |   |
|                                         | 消化器     | 便秘：[ なし ・ あり ] 黄疸：[ なし ・ あり ]                                                                                                                                 |  |                                            |               |             |                      |                   |               |                       |                             |         |   |
|                                         | 筋・骨格    | 筋仮性肥大：[ なし ・ あり ]                                                                                                                                             |  |                                            |               |             |                      |                   |               |                       |                             |         |   |
|                                         | 皮膚・粘膜   | 皮膚乾燥：[ なし ・ あり ] 脱毛：[ なし ・ あり ] 末梢冷感：[ なし ・ あり ]                                                                                                              |  |                                            |               |             |                      |                   |               |                       |                             |         |   |
|                                         | 耳鼻咽喉    | 嚥声：[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                |  |                                            |               |             |                      |                   |               |                       |                             |         |   |
|                                         | その他     | 小泉門開大：[ なし ・ あり ] 巨舌：[ なし ・ あり ] 臍ヘルニア：[ なし ・ あり ]<br>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                                    |         | TRH分泌刺激試験：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )<br>TSH基礎値：( )μIU/mL TSH頂値：( )μIU/mL TSH頂値：出現時間：( )分                                                                      |  |                                            |               |             |                      |                   |               |                       |                             |         |   |
| 血液検査                                    |         | TSH：( )μIU/mL free T <sub>3</sub> ：( )pg/mL free T <sub>4</sub> ：( )ng/dL サイログロブリン (Tg)：( )ng/mL<br>抗甲状腺ペルオキシダーゼ抗体 (TPOAb)：( )U/mL 抗サイログロブリン抗体 (TgAb)：( )U/mL |  |                                            |               |             |                      |                   |               |                       |                             |         |   |
| 骨年齢                                     |         | 大腿骨遠位端骨核：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 所見 (横径)：( )mm                                                                                                             |  |                                            |               |             |                      |                   |               |                       |                             |         |   |







|                                         |         |                                                                                                  |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
|-----------------------------------------|---------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------|--|-----------------------------|--|----------------------|--|-----------------------|--|-----------------------------|--|---------------|--|---|--|
| 告示番号                                    |         | 30                                                                                               |  | 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                                      |         | 18 無甲状腺症                                                                                         |  |                                            |  |                             |  |                      |  | 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 ( )<br>資格取得年月日 年 月 日                                  |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
| 氏名                                      |         | (セイメイ)<br>(姓)                                                                                    |  |                                            |  |                             |  | 以前の登録氏名<br>(変更のある場合) |  | (セイメイ)<br>(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<br>身長・体重                            |         | 身長<br>(測定日)                                                                                      |  | cm ( SD)                                   |  |                             |  | 体重<br>(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 )                                                                                        |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
| 診断                                      |         | 新生児マス・スクリーニングで発見：[ なし ・ あり ]                                                                     |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
| 症<br>状                                  | 全身      | 低身長 (−2.0SD以下)：[ なし ・ あり ] 哺乳力低下：[ なし ・ あり ] 体重増加不良：[ なし ・ あり ] 不活発：[ なし ・ あり ]                  |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
|                                         | 内分泌・代謝  | 症候性肥満：[ なし ・ あり ] 甲状腺欠損：[ なし ・ あり ] 粘液水腫：[ なし ・ あり ]                                             |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
|                                         | 呼吸器・循環器 | 徐脈：[ なし ・ あり ]                                                                                   |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
|                                         | 消化器     | 便秘：[ なし ・ あり ] 黄疸：[ なし ・ あり ]                                                                    |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
|                                         | 筋・骨格    | 筋仮性肥大：[ なし ・ あり ]                                                                                |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
|                                         | 皮膚・粘膜   | 皮膚乾燥：[ なし ・ あり ] 脱毛：[ なし ・ あり ] 末梢冷感：[ なし ・ あり ]                                                 |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
|                                         | 耳鼻咽喉    | 嚔声：[ なし ・ あり ]                                                                                   |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
|                                         | その他     | 小泉門開大：[ なし ・ あり ] 巨舌：[ なし ・ あり ] 臍ヘルニア：[ なし ・ あり ]<br>症状 (その他)：( )                               |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
| 臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載                    |         |                                                                                                  |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
| 症<br>状                                  | 全身      | 低身長 (−2.0SD以下)：[ なし ・ あり ] 哺乳力低下：[ なし ・ あり ] 体重増加不良：[ なし ・ あり ] 不活発：[ なし ・ あり ]                  |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
|                                         | 内分泌・代謝  | 症候性肥満：[ なし ・ あり ] 甲状腺欠損：[ なし ・ あり ] 粘液水腫：[ なし ・ あり ]                                             |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
|                                         | 呼吸器・循環器 | 徐脈：[ なし ・ あり ]                                                                                   |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
|                                         | 消化器     | 便秘：[ なし ・ あり ] 黄疸：[ なし ・ あり ]                                                                    |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
|                                         | 筋・骨格    | 筋仮性肥大：[ なし ・ あり ]                                                                                |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
|                                         | 皮膚・粘膜   | 皮膚乾燥：[ なし ・ あり ] 脱毛：[ なし ・ あり ] 末梢冷感：[ なし ・ あり ]                                                 |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
|                                         | 耳鼻咽喉    | 嚔声：[ なし ・ あり ]                                                                                   |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
|                                         | その他     | 小泉門開大：[ なし ・ あり ] 巨舌：[ なし ・ あり ] 臍ヘルニア：[ なし ・ あり ]<br>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                                    |         | TRH分泌刺激試験：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )<br>TSH基礎値：( )μIU/mL TSH頂値：( )μIU/mL TSH頂値：出現時間：( )分         |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
| 血液検査                                    |         | TSH：( )μIU/mL free T <sub>3</sub> ：( )pg/mL free T <sub>4</sub> ：( )ng/dL サイログロブリン (Tg)：( )ng/mL |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
| 骨年齢                                     |         | 大腿骨遠位端骨核：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 所見 (横径)：( )mm                                                |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
| 画像検査                                    |         | 超音波検査 (甲状腺)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )<br>所見：( )                                                 |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
|                                         |         | シンチグラフィ (甲状腺)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )<br>所見：( )                                               |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |



|                                         |         |                                                                                                      |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
|-----------------------------------------|---------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------|--|----------------------|--|----------------------|--|-----------------------|--|-----------------------------|--|
| 告示番号                                    |         | 29                                                                                                   |  | 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                                      |         | 19 甲状腺刺激ホルモン (TSH) 分泌低下症 (先天性に限る。)                                                                   |  |                                            |  |                      |  |                      |  | 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 ( )<br>資格取得年月日 年 月 日                                      |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
| 氏名                                      |         | (セイメイ)<br>(姓)                                                                                        |  |                                            |  |                      |  | 以前の登録氏名<br>(変更のある場合) |  | (セイメイ)<br>(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<br>身長・体重                            |         | 身長<br>(測定日)                                                                                          |  | cm ( SD)<br>年 月 日                          |  | 体重<br>(測定日)          |  | kg ( SD)<br>年 月 日    |  | BMI                   |  |                             |  |
|                                         |         |                                                                                                      |  |                                            |  |                      |  |                      |  | 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 )                                                                                            |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
| 診断                                      |         | 新生児マス・スクリーニングで発見: [ なし ・ あり ]                                                                        |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
| 症<br>状                                  | 全身      | 低身長 (−2.0SD以下): [ なし ・ あり ] 哺乳力低下: [ なし ・ あり ] 体重増加不良: [ なし ・ あり ] 不活発: [ なし ・ あり ]                  |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
|                                         | 内分泌・代謝  | 症候性肥満: [ なし ・ あり ] 粘液水腫: [ なし ・ あり ] 甲状腺萎縮: [ なし ・ あり ]                                              |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
|                                         | 呼吸器・循環器 | 徐脈: [ なし ・ あり ]                                                                                      |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
|                                         | 消化器     | 便秘: [ なし ・ あり ] 黄疸: [ なし ・ あり ]                                                                      |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
|                                         | 筋・骨格    | 筋仮性肥大: [ なし ・ あり ]                                                                                   |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
|                                         | 皮膚・粘膜   | 皮膚乾燥: [ なし ・ あり ] 脱毛: [ なし ・ あり ] 末梢冷感: [ なし ・ あり ]                                                  |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
|                                         | 耳鼻咽喉    | 嚔声: [ なし ・ あり ]                                                                                      |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
|                                         | その他     | 小泉門開大: [ なし ・ あり ] 巨舌: [ なし ・ あり ] 臍ヘルニア: [ なし ・ あり ]<br>症状 (その他): ( )                               |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
| 臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載                    |         |                                                                                                      |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
| 症<br>状                                  | 全身      | 低身長 (−2.0SD以下): [ なし ・ あり ] 哺乳力低下: [ なし ・ あり ] 体重増加不良: [ なし ・ あり ] 不活発: [ なし ・ あり ]                  |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
|                                         | 内分泌・代謝  | 症候性肥満: [ なし ・ あり ] 粘液水腫: [ なし ・ あり ] 甲状腺萎縮: [ なし ・ あり ]                                              |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
|                                         | 呼吸器・循環器 | 徐脈: [ なし ・ あり ]                                                                                      |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
|                                         | 消化器     | 便秘: [ なし ・ あり ] 黄疸: [ なし ・ あり ]                                                                      |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
|                                         | 筋・骨格    | 筋仮性肥大: [ なし ・ あり ]                                                                                   |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
|                                         | 皮膚・粘膜   | 皮膚乾燥: [ なし ・ あり ] 脱毛: [ なし ・ あり ] 末梢冷感: [ なし ・ あり ]                                                  |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
|                                         | 耳鼻咽喉    | 嚔声: [ なし ・ あり ]                                                                                      |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
|                                         | その他     | 小泉門開大: [ なし ・ あり ] 巨舌: [ なし ・ あり ] 臍ヘルニア: [ なし ・ あり ]<br>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                                    |         | TRH分泌刺激試験: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )<br>TSH基礎値: ( )μIU/mL TSH頂値: ( )μIU/mL TSH頂値:出現時間: ( )分        |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
| 血液検査                                    |         | TSH: ( )μIU/mL free T <sub>3</sub> : ( )pg/mL free T <sub>4</sub> : ( )ng/dL サイログロブリン (Tg): ( )ng/mL |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
| 骨年齢                                     |         | 大腿骨遠位端骨核: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 所見 (横径): ( )mm                                                 |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
| 画像検査                                    |         | 超音波検査 (甲状腺): [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )<br>所見: ( )                                                  |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
|                                         |         | MRI検査 (下垂体): [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )<br>所見: ( )                                                  |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |

|                                                                                      |                                                                                                                                                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 画像検査                                                                                 | シンチグラフィ（甲状腺）：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )<br>所見：( )                                                                                                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 検査所見（申請時） ※直近の状況を記載                                                                  |                                                                                                                                                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 負荷試験                                                                                 | TRH分泌刺激試験：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )<br>TSH基礎値：( )μIU/mL TSH頂値：( )μIU/mL TSH頂値：出現時間：( )分                                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 血液検査                                                                                 | TSH：( )μIU/mL free T <sub>3</sub> ：( )pg/mL free T <sub>4</sub> ：( )ng/dL サイログロブリン（Tg）：( )ng/mL                                                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 骨年齢                                                                                  | 大腿骨遠位端骨核：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 所見（横径）：( )mm                                                                                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 画像検査                                                                                 | 超音波検査（甲状腺）：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )<br>所見：( )                                                                                                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                      | MRI検査（下垂体）：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )<br>所見：( )                                                                                                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                      | シンチグラフィ（甲状腺）：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )<br>所見：( )                                                                                                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| その他の所見（申請時） ※直近の状況を記載                                                                |                                                                                                                                                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 合併症                                                                                  | 合併症：[ なし ・ あり ]<br>詳細：( )                                                                                                                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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 ]<br>詳細：( )                                                                                                                             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                      | 機能抑制療法：[ なし ・ あり ]<br>詳細：( )                                                                                                                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                      | 薬物療法（その他）：( )                                                                                                                                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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 )<br>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                                                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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<br>医療機関所在地 診断年月日 年 月 日<br>電話番号<br>診療科<br>医師名<br>小児慢性特定疾病 指定医番号 ( ) |                                                                                                                                                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

| 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 ( )<br>被保険者番号 ( ) 被保険者個人単位枝番 ( )<br>資格取得年月日 年 月 日 |

|                                         |                                                                                                  |                                                                                 |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |  |
|-----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------|--|-----------------------------|--|----------------------|--|-----------------------|--|-----------------------------|--|---------------|--|--|
| 告示番号                                    |                                                                                                  | 31                                                                              |  | 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                                      |                                                                                                  | 20 17から19までに掲げるもののほか、先天性甲状腺機能低下症                                                |  |                                            |  |                             |  |                      |  | 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 ( )<br>資格取得年月日 年 月 日                 |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |  |
| 氏名                                      |                                                                                                  | (セイメイ)<br>(姓)                                                                   |  |                                            |  |                             |  | 以前の登録氏名<br>(変更のある場合) |  | (セイメイ)<br>(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<br>身長・体重                            |                                                                                                  | 身長<br>(測定日)                                                                     |  | cm ( SD)                                   |  |                             |  | 体重<br>(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 |                                                                                                  |                                                                                 |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |  |
| 具体的な疾病名                                 |                                                                                                  | ( )                                                                             |  |                                            |  |                             |  |                      |  | 最終受診日                 |  | ( 年 月 日 )                   |  |               |  |  |
| 診断                                      |                                                                                                  | 新生児マス・スクリーニングで発見：[ なし ・ あり ]                                                    |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |  |
| 症状                                      | 全身                                                                                               | 低身長 (−2.0SD以下)：[ なし ・ あり ] 哺乳力低下：[ なし ・ あり ] 体重増加不良：[ なし ・ あり ] 不活発：[ なし ・ あり ] |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |  |
|                                         | 内分泌・代謝                                                                                           | 症候性肥満：[ なし ・ あり ] びまん性甲状腺腫大：[ なし ・ あり ] 粘液水腫：[ なし ・ あり ]                        |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |  |
|                                         | 呼吸器・循環器                                                                                          | 徐脈：[ なし ・ あり ]                                                                  |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |  |
|                                         | 消化器                                                                                              | 便秘：[ なし ・ あり ] 黄疸：[ なし ・ あり ]                                                   |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |  |
|                                         | 筋・骨格                                                                                             | 筋仮性肥大：[ なし ・ あり ]                                                               |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |  |
|                                         | 皮膚・粘膜                                                                                            | 皮膚乾燥：[ なし ・ あり ] 脱毛：[ なし ・ あり ] 末梢冷感：[ なし ・ あり ]                                |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |  |
|                                         | 耳鼻咽喉                                                                                             | 嚥声：[ なし ・ あり ]                                                                  |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |  |
|                                         | その他                                                                                              | 小泉門開大：[ なし ・ あり ] 巨舌：[ なし ・ あり ] 臍ヘルニア：[ なし ・ あり ]<br>症状 (その他)：( )              |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |  |
|                                         | 臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載                                                                             |                                                                                 |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |  |
| 症状                                      | 全身                                                                                               | 低身長 (−2.0SD以下)：[ なし ・ あり ] 哺乳力低下：[ なし ・ あり ] 体重増加不良：[ なし ・ あり ] 不活発：[ なし ・ あり ] |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |  |
|                                         | 内分泌・代謝                                                                                           | 症候性肥満：[ なし ・ あり ] びまん性甲状腺腫大：[ なし ・ あり ] 粘液水腫：[ なし ・ あり ]                        |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |  |
|                                         | 呼吸器・循環器                                                                                          | 徐脈：[ なし ・ あり ]                                                                  |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |  |
|                                         | 消化器                                                                                              | 便秘：[ なし ・ あり ] 黄疸：[ なし ・ あり ]                                                   |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |  |
|                                         | 筋・骨格                                                                                             | 筋仮性肥大：[ なし ・ あり ]                                                               |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |  |
|                                         | 皮膚・粘膜                                                                                            | 皮膚乾燥：[ なし ・ あり ] 脱毛：[ なし ・ あり ] 末梢冷感：[ なし ・ あり ]                                |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |  |
|                                         | 耳鼻咽喉                                                                                             | 嚥声：[ なし ・ あり ]                                                                  |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |  |
|                                         | その他                                                                                              | 小泉門開大：[ なし ・ あり ] 巨舌：[ なし ・ あり ] 臍ヘルニア：[ なし ・ あり ]<br>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                                    | TRH分泌刺激試験：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )<br>TSH基礎値：( )μIU/mL TSH頂値：( )μIU/mL TSH頂値：出現時間：( )分         |                                                                                 |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |  |
| 血液検査                                    | TSH：( )μIU/mL free T <sub>3</sub> ：( )pg/mL free T <sub>4</sub> ：( )ng/dL サイログロブリン (Tg)：( )ng/mL |                                                                                 |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |  |
| 尿検査                                     | 尿中総ヨウ素：( )μg/L・未実施                                                                               |                                                                                 |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |  |
| 骨年齢                                     | 大腿骨遠位端骨核：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 所見 (横径)：( )mm                                                |                                                                                 |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |  |
| 画像検査                                    | 超音波検査 (甲状腺)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )<br>所見：( )                                                 |                                                                                 |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |  |
|                                         | シンチグラフィ (甲状腺)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )<br>所見：( )                                               |                                                                                 |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |  |
| 遺伝学的検査                                  | 遺伝子検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )<br>所見：( )                                                       |                                                                                 |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |  |



|                                         |                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                    |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
|-----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------|--|-----------------------------|--|----------------------|--|-----------------------|--|-----------------------------|--|---------------|--|---|--|
| 告示番号                                    |                                                                                                                                                                                                       | 26                                                                                                                 |  | 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                                      |                                                                                                                                                                                                       | 21 橋本病                                                                                                             |  |                                            |  |                             |  |                      |  | 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 ( )<br>資格取得年月日 年 月 日                                                    |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
| 氏名                                      |                                                                                                                                                                                                       | (セイメイ)<br>(姓)                                                                                                      |  |                                            |  |                             |  | 以前の登録氏名<br>(変更のある場合) |  | (セイメイ)<br>(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<br>身長・体重                            |                                                                                                                                                                                                       | 身長<br>(測定日)                                                                                                        |  | cm ( SD)                                   |  |                             |  | 体重<br>(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 )                                                                                                          |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
| 症状                                      | 全身                                                                                                                                                                                                    | 低身長 (−2.0SD以下) : [ なし ・ あり ] 易疲労性 : [ なし ・ あり ] 無気力 : [ なし ・ あり ]                                                  |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
|                                         | 内分泌・代謝                                                                                                                                                                                                | 二次性徴の遅れ : [ なし ・ あり ] 月経不順 (女子のみ) : [ なし ・ あり ] 症候性肥満 : [ なし ・ あり ]<br>びまん性甲状腺腫大 : [ なし ・ あり ] 粘液性水腫 : [ なし ・ あり ] |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
|                                         | 呼吸器・循環器                                                                                                                                                                                               | 徐脈 : [ なし ・ あり ]                                                                                                   |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
|                                         | 消化器                                                                                                                                                                                                   | 便秘 : [ なし ・ あり ]                                                                                                   |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
|                                         | 筋・骨格                                                                                                                                                                                                  | 筋仮性肥大 : [ なし ・ あり ]                                                                                                |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
|                                         | 皮膚・粘膜                                                                                                                                                                                                 | 脱毛 : [ なし ・ あり ] 末梢冷感 : [ 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                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                    |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
| 症状                                      | 全身                                                                                                                                                                                                    | 低身長 (−2.0SD以下) : [ なし ・ あり ] 易疲労性 : [ なし ・ あり ] 無気力 : [ なし ・ あり ]                                                  |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
|                                         | 内分泌・代謝                                                                                                                                                                                                | 二次性徴の遅れ : [ なし ・ あり ] 月経不順 (女子のみ) : [ なし ・ あり ] 症候性肥満 : [ なし ・ あり ]<br>びまん性甲状腺腫大 : [ なし ・ あり ] 粘液性水腫 : [ なし ・ あり ] |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
|                                         | 呼吸器・循環器                                                                                                                                                                                               | 徐脈 : [ なし ・ あり ]                                                                                                   |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
|                                         | 消化器                                                                                                                                                                                                   | 便秘 : [ なし ・ あり ]                                                                                                   |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
|                                         | 筋・骨格                                                                                                                                                                                                  | 筋仮性肥大 : [ なし ・ あり ]                                                                                                |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
|                                         | 皮膚・粘膜                                                                                                                                                                                                 | 脱毛 : [ なし ・ あり ] 末梢冷感 : [ 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                                                                                                                                                               |                                                                                                                    |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
| 負荷試験                                    | TRH分泌刺激試験 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>TSH基礎値 : ( )μIU/mL TSH頂値 : ( )μIU/mL TSH頂値 : 出現時間 : ( ) 分                                                                                                 |                                                                                                                    |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
| 血液検査                                    | TSH : ( )μIU/mL free T <sub>3</sub> : ( )pg/mL free T <sub>4</sub> : ( )ng/dL サイログロブリン (Tg) : ( )ng/mL<br>抗甲状腺ペルオキシダーゼ抗体 (TPOAb) : ( )U/mL 抗サイログロブリン抗体 (TgAb) : ( )U/mL<br>抗TSH受容体抗体 (TRAb) : ( )IU/L |                                                                                                                    |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
| 病理検査                                    | 穿刺吸引細胞診 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>所見 : ( )                                                                                                                                                    |                                                                                                                    |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
| 画像検査                                    | 超音波検査 (甲状腺) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>所見 : ( )                                                                                                                                                |                                                                                                                    |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
|                                         | シンチグラフィ (甲状腺) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>所見 : ( )                                                                                                                                              |                                                                                                                    |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |



受給者番号（）

患者氏名（）

2025a-001

告示番号

26

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〉

2/2

検査所見（申請時）※直近の状況を記載

負荷試験

TRH分泌刺激試験：[

未実施

・

実施

]

実施日：（年月日）

TSH基礎値：（）μIU/mL

TSH頂値：（）μIU/mL

TSH頂値：出現時間：（）分

血液検査

TSH：（）μIU/mL

free T<sub>3</sub>：（）pg/mL

free T<sub>4</sub>：（）ng/dL

サイログロブリン（Tg）：（）ng/mL

抗甲状腺ペルオキシダーゼ抗体（TPOAb）：（）U/mL

抗サイログロブリン抗体（TgAb）：（）U/mL

病理検査

穿刺吸引細胞診：[

未実施

・

実施

] 

実施日：（年月日）

所見：（）

画像検査

超音波検査（甲状腺）：[

未実施

・

実施

] 

実施日：（年月日）

所見：（）

シンチグラフィ（甲状腺）：[

未実施

・

実施

] 

実施日：（年月日）

所見：（）

その他の所見（申請時）※直近の状況を記載

合併症

合併症：[

なし

・

あり

] 

詳細：（）

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

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

医療機関所在地

電話番号

記載年月日

年

月

日

診断年月日

年

月

日

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

公費負担者番号

認定結果

研究同意の有無

受給者番号

階層区分

保険情報

年

月

日

[

認定

・

不認定

]

[

有

・

無

]

受給者番号（）有効期限年

月

日

[

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

|                                         |                |                                                                                                                                                                                                              |          |                                            |                             |          |                      |          |               |                       |                             |         |   |
|-----------------------------------------|----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|--------------------------------------------|-----------------------------|----------|----------------------|----------|---------------|-----------------------|-----------------------------|---------|---|
| 告示番号                                    |                | 25                                                                                                                                                                                                           |          | 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                                      |                | 22 萎縮性甲状腺炎                                                                                                                                                                                                   |          |                                            |                             |          |                      |          | 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 ( )<br>資格取得年月日 年 月 日                                                                                                                                              |          |                                            |                             |          |                      |          |               |                       |                             |         |   |
| 氏名                                      |                | (セイメイ)<br>(姓)                                                                                                                                                                                                |          |                                            |                             |          | 以前の登録氏名<br>(変更のある場合) |          | (セイメイ)<br>(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<br>身長・体重                            |                | 身長<br>(測定日)                                                                                                                                                                                                  | cm ( SD) |                                            |                             |          | 体重<br>(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 )                                                                                                                                                                                                    |          |                                            |                             |          |                      |          |               |                       |                             |         |   |
| 症<br>状                                  | 全身             | 低身長 (−2.0SD以下) : [ なし ・ あり ] 易疲労性 : [ なし ・ あり ] 無気力 : [ なし ・ あり ]                                                                                                                                            |          |                                            |                             |          |                      |          |               |                       |                             |         |   |
|                                         | 内分泌・代謝         | 二次性徴の遅れ : [ なし ・ あり ] 月経不順 (女子のみ) : [ なし ・ あり ] 症候性肥満 : [ なし ・ あり ]<br>粘液水腫 : [ なし ・ あり ] 甲状腺萎縮 : [ なし ・ あり ]                                                                                                |          |                                            |                             |          |                      |          |               |                       |                             |         |   |
|                                         |                |                                                                                                                                                                                                              |          |                                            |                             |          |                      |          |               |                       |                             |         |   |
|                                         | 呼吸器・循環器        | 徐脈 : [ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                                             |          |                                            |                             |          |                      |          |               |                       |                             |         |   |
|                                         | 消化器            | 便秘 : [ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                                             |          |                                            |                             |          |                      |          |               |                       |                             |         |   |
|                                         | 筋・骨格           | 筋仮性肥大 : [ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                                          |          |                                            |                             |          |                      |          |               |                       |                             |         |   |
|                                         | 皮膚・粘膜          | 脱毛 : [ なし ・ あり ] 末梢冷感 : [ 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                    |                |                                                                                                                                                                                                              |          |                                            |                             |          |                      |          |               |                       |                             |         |   |
| 症<br>状                                  | 全身             | 低身長 (−2.0SD以下) : [ なし ・ あり ] 易疲労性 : [ なし ・ あり ] 無気力 : [ なし ・ あり ]                                                                                                                                            |          |                                            |                             |          |                      |          |               |                       |                             |         |   |
|                                         | 内分泌・代謝         | 二次性徴の遅れ : [ なし ・ あり ] 月経不順 (女子のみ) : [ なし ・ あり ] 症候性肥満 : [ なし ・ あり ]<br>粘液水腫 : [ なし ・ あり ] 甲状腺萎縮 : [ なし ・ あり ]                                                                                                |          |                                            |                             |          |                      |          |               |                       |                             |         |   |
|                                         |                |                                                                                                                                                                                                              |          |                                            |                             |          |                      |          |               |                       |                             |         |   |
|                                         | 呼吸器・循環器        | 徐脈 : [ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                                             |          |                                            |                             |          |                      |          |               |                       |                             |         |   |
|                                         | 消化器            | 便秘 : [ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                                             |          |                                            |                             |          |                      |          |               |                       |                             |         |   |
|                                         | 筋・骨格           | 筋仮性肥大 : [ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                                          |          |                                            |                             |          |                      |          |               |                       |                             |         |   |
|                                         | 皮膚・粘膜          | 脱毛 : [ なし ・ あり ] 末梢冷感 : [ 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 |                |                                                                                                                                                                                                              |          |                                            |                             |          |                      |          |               |                       |                             |         |   |
| 負荷試験                                    |                | TRH分泌刺激試験 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>TSH基礎値 : ( ) μIU/mL TSH頂値 : ( ) μIU/mL TSH頂値 : 出現時間 : ( ) 分                                                                                                      |          |                                            |                             |          |                      |          |               |                       |                             |         |   |
| 血液検査                                    |                | TSH : ( ) μIU/mL free T <sub>3</sub> : ( ) pg/mL free T <sub>4</sub> : ( ) ng/dL サイログロブリン (Tg) : ( ) ng/mL<br>抗甲状腺ペルオキシダーゼ抗体 (TPOAb) : ( ) U/mL 抗サイログロブリン抗体 (TgAb) : ( ) U/mL<br>抗TSH受容体抗体 (TRAb) : ( ) IU/L |          |                                            |                             |          |                      |          |               |                       |                             |         |   |
| 病理検査                                    |                | 穿刺吸引細胞診 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>所見 : ( )                                                                                                                                                           |          |                                            |                             |          |                      |          |               |                       |                             |         |   |
| 画像検査                                    |                | 超音波検査 (甲状腺) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>所見 : ( )                                                                                                                                                       |          |                                            |                             |          |                      |          |               |                       |                             |         |   |
|                                         |                | シンチグラフィ (甲状腺) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>所見 : ( )                                                                                                                                                     |          |                                            |                             |          |                      |          |               |                       |                             |         |   |



|                                         |         |                                                                                                                                                                                                       |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
|-----------------------------------------|---------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------|--|----------------------|--|----------------------|--|-----------------------|--|-----------------------------|--|
| 告示番号                                    |         | 27                                                                                                                                                                                                    |  | 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                                      |         | 23 21及び22に掲げるもののほか、後天性甲状腺機能低下症                                                                                                                                                                        |  |                                            |  |                      |  |                      |  | 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 ( )<br>資格取得年月日 年 月 日                                                                                                                                       |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
| 氏名                                      |         | (セイメイ)<br>(姓)                                                                                                                                                                                         |  |                                            |  |                      |  | 以前の登録氏名<br>(変更のある場合) |  | (セイメイ)<br>(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<br>身長・体重                            |         | 身長<br>(測定日)                                                                                                                                                                                           |  | cm ( SD)<br>年 月 日                          |  | 体重<br>(測定日)          |  | kg ( SD)<br>年 月 日    |  | BMI                   |  |                             |  |
|                                         |         |                                                                                                                                                                                                       |  |                                            |  |                      |  |                      |  | 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 |         |                                                                                                                                                                                                       |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
| 具体的な疾病名                                 |         | ( )                                                                                                                                                                                                   |  |                                            |  |                      |  | 最終受診日                |  | ( 年 月 日 )             |  |                             |  |
| 症状                                      | 全身      | 低身長 (−2.0SD以下) : [ なし ・ あり ] 易疲労性 : [ なし ・ あり ] 無気力 : [ なし ・ あり ]                                                                                                                                     |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
|                                         | 内分泌・代謝  | 二次性徴の遅れ : [ なし ・ あり ] 月経不順 (女子のみ) : [ なし ・ あり ] 症候性肥満 : [ なし ・ あり ]                                                                                                                                   |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
|                                         |         | びまん性甲状腺腫大 : [ なし ・ あり ] 粘液性水腫 : [ なし ・ あり ] 甲状腺萎縮 : [ なし ・ あり ]                                                                                                                                       |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
|                                         | 呼吸器・循環器 | 徐脈 : [ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                                      |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
|                                         | 消化器     | 便秘 : [ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                                      |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
|                                         | 筋・骨格    | 筋仮性肥大 : [ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                                   |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
|                                         | 皮膚・粘膜   | 脱毛 : [ なし ・ あり ] 末梢冷感 : [ 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                    |         |                                                                                                                                                                                                       |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
| 症状                                      | 全身      | 低身長 (−2.0SD以下) : [ なし ・ あり ] 易疲労性 : [ なし ・ あり ] 無気力 : [ なし ・ あり ]                                                                                                                                     |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
|                                         | 内分泌・代謝  | 二次性徴の遅れ : [ なし ・ あり ] 月経不順 (女子のみ) : [ なし ・ あり ] 症候性肥満 : [ なし ・ あり ]                                                                                                                                   |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
|                                         |         | びまん性甲状腺腫大 : [ なし ・ あり ] 粘液性水腫 : [ なし ・ あり ] 甲状腺萎縮 : [ なし ・ あり ]                                                                                                                                       |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
|                                         | 呼吸器・循環器 | 徐脈 : [ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                                      |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
|                                         | 消化器     | 便秘 : [ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                                      |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
|                                         | 筋・骨格    | 筋仮性肥大 : [ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                                   |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
|                                         | 皮膚・粘膜   | 脱毛 : [ なし ・ あり ] 末梢冷感 : [ 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 |         |                                                                                                                                                                                                       |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
| 負荷試験                                    |         | TRH分泌刺激試験 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>TSH基礎値 : ( )μIU/mL TSH頂値 : ( )μIU/mL TSH頂値 : 出現時間 : ( ) 分                                                                                                 |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
| 血液検査                                    |         | TSH : ( )μIU/mL free T <sub>3</sub> : ( )pg/mL free T <sub>4</sub> : ( )ng/dL サイログロブリン (Tg) : ( )ng/mL<br>抗甲状腺ペルオキシダーゼ抗体 (TPOAb) : ( )U/mL 抗サイログロブリン抗体 (TgAb) : ( )U/mL<br>抗TSH受容体抗体 (TRAb) : ( )IU/L |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
| 病理検査                                    |         | 穿刺吸引細胞診 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>所見 : ( )                                                                                                                                                    |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
| 画像検査                                    |         | 超音波検査 (甲状腺) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>所見 : ( )                                                                                                                                                |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
|                                         |         | シンチグラフィ (甲状腺) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>所見 : ( )                                                                                                                                              |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
| 遺伝学的検査                                  |         | 遺伝子検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>所見 : ( )                                                                                                                                                      |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |





|                                         |         |                                                                                                                                                                                                              |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |     |  |  |
|-----------------------------------------|---------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------|--|-----------------------------|--|----------------------|--|-----------------------|--|-----------------------------|--|-----|--|--|
| 告示番号                                    |         | 32                                                                                                                                                                                                           |  | 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                                      |         | 24 甲状腺ホルモン不応症                                                                                                                                                                                                |  |                                            |  |                             |  |                      |  | 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 ( )<br>資格取得年月日 年 月 日                                                                                                                                              |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |     |  |  |
| 氏名                                      |         | (セイメイ)<br>(姓)                                                                                                                                                                                                |  |                                            |  |                             |  | 以前の登録氏名<br>(変更のある場合) |  | (セイメイ)<br>(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<br>身長・体重                            |         | 身長<br>(測定日)                                                                                                                                                                                                  |  | cm ( SD)                                   |  |                             |  | 体重<br>(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 )                                                                                                                                                                                                    |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |     |  |  |
| 診断                                      |         | 新生児マス・スクリーニングで発見:[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                                 |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |     |  |  |
| 症状                                      | 全身      | 低身長 (−2.0SD以下): [ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                                  |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |     |  |  |
|                                         | 内分泌・代謝  | びまん性甲状腺腫大:[ なし ・ あり ] 骨年齢遅延:[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                      |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |     |  |  |
|                                         | 呼吸器・循環器 | 頻脈:[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                                               |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |     |  |  |
|                                         | 精神・神経   | 発達障害:[ なし ・ あり ・ 不明 ] 自閉症スペクトラム症:[ なし ・ あり ・ 不明 ] 注意欠如多動症:[ なし ・ あり ・ 不明 ]<br>限局性学習症:[ なし ・ あり ・ 不明 ]<br>発達障害 (その他):( )                                                                                      |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |     |  |  |
|                                         | 耳鼻咽喉    | 聴力障害:[ 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                    |         |                                                                                                                                                                                                              |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |     |  |  |
| 症状                                      | 全身      | 低身長 (−2.0SD以下): [ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                                  |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |     |  |  |
|                                         | 内分泌・代謝  | びまん性甲状腺腫大:[ なし ・ あり ] 骨年齢遅延:[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                      |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |     |  |  |
|                                         | 呼吸器・循環器 | 頻脈:[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                                               |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |     |  |  |
|                                         | 精神・神経   | 発達障害:[ なし ・ あり ・ 不明 ] 自閉症スペクトラム症:[ なし ・ あり ・ 不明 ] 注意欠如多動症:[ なし ・ あり ・ 不明 ]<br>限局性学習症:[ なし ・ あり ・ 不明 ]<br>発達障害 (その他):( )                                                                                      |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |     |  |  |
|                                         | 耳鼻咽喉    | 聴力障害:[ 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 |         |                                                                                                                                                                                                              |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |     |  |  |
| 負荷試験                                    |         | TRH分泌刺激試験:[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日:( 年 月 日 )<br>TSH基礎値:( )μIU/mL TSH頂値:( )μIU/mL TSH頂値:出現時間:( )分                                                                                                                     |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |     |  |  |
|                                         |         | T <sub>3</sub> 抑制試験:[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日:( 年 月 日 )<br>結果:[ 不十分 ・ あり ]                                                                                                                                            |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |     |  |  |
| 血液検査                                    |         | TSH:( )μIU/mL free T <sub>3</sub> :( )pg/mL free T <sub>4</sub> :( )ng/dL サイログロブリン (Tg):( )ng/mL<br>抗甲状腺ペルオキシダーゼ抗体 (TPOAb):( )U/mL 抗サイログロブリン抗体 (TgAb):( )U/mL<br>抗TSH受容体抗体 (TRAb):( )IU/L 血中αサブユニット:( )ng/mL |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |     |  |  |
| 病理検査                                    |         | 穿刺吸引細胞診:[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日:( 年 月 日 )<br>所見:( )                                                                                                                                                                 |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |     |  |  |
| 画像検査                                    |         | 超音波検査 (甲状腺):[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日:( 年 月 日 )<br>所見:( )                                                                                                                                                             |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |     |  |  |
|                                         |         | MRI検査 (下垂体):[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日:( 年 月 日 )<br>所見:( )                                                                                                                                                             |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |     |  |  |







|                                         |  |                                                                                                                                                                                           |  |                                                                              |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
|-----------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------|--|----------------------|--|-----------------------|--|-----------------------------|--|---------------|--|---|--|
| 告示番号                                    |  | 54                                                                                                                                                                                        |  | 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                                      |  | 25 腺腫様甲状腺腫                                                                                                                                                                                |  |                                                                              |  |                             |  |                      |  | 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 ( )<br>資格取得年月日 年 月 日                                                                                                                           |  |                                                                              |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
| 氏名                                      |  | (セイメイ)<br>(姓)                                                                                                                                                                             |  |                                                                              |  |                             |  | 以前の登録氏名<br>(変更のある場合) |  | (セイメイ)<br>(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<br>身長・体重                            |  | 身長<br>(測定日)                                                                                                                                                                               |  | cm ( SD)                                                                     |  |                             |  | 体重<br>(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 )                                                                                                                                                                                 |  |                                                                              |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
| 症状                                      |  | 内分泌・代謝                                                                                                                                                                                    |  | 甲状腺腫：[ なし ・ あり ] 甲状腺結節：[ なし ・ あり ] 甲状腺機能亢進症：[ なし ・ あり ] 甲状腺機能低下症：[ 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                    |  |                                                                                                                                                                                           |  |                                                                              |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
| 症状                                      |  | 内分泌・代謝                                                                                                                                                                                    |  | 甲状腺腫：[ なし ・ あり ] 甲状腺結節：[ なし ・ あり ] 甲状腺機能亢進症：[ なし ・ あり ] 甲状腺機能低下症：[ 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                                    |  | TSH：( )μIU/mL free T <sub>3</sub> ：( )pg/mL free T <sub>4</sub> ：( )ng/dL サイログロブリン (Tg)：( )ng/mL<br>抗甲状腺ペルオキシダーゼ抗体 (TPOAb)：( )U/mL 抗サイログロブリン抗体 (TgAb)：( )U/mL<br>抗TSH受容体抗体 (TRAb)：( )IU/L |  |                                                                              |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
| 病理検査                                    |  | 穿刺吸引細胞診：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )<br>所見：( )                                                                                                                                              |  |                                                                              |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
| 画像検査                                    |  | 超音波検査 (甲状腺)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )<br>所見：( )                                                                                                                                          |  |                                                                              |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
|                                         |  | シンチグラフィ (甲状腺)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )<br>所見：( )                                                                                                                                        |  |                                                                              |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
| 検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載                    |  |                                                                                                                                                                                           |  |                                                                              |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
| 血液検査                                    |  | TSH：( )μIU/mL free T <sub>3</sub> ：( )pg/mL free T <sub>4</sub> ：( )ng/dL サイログロブリン (Tg)：( )ng/mL<br>抗甲状腺ペルオキシダーゼ抗体 (TPOAb)：( )U/mL 抗サイログロブリン抗体 (TgAb)：( )U/mL<br>抗TSH受容体抗体 (TRAb)：( )IU/L |  |                                                                              |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
| 病理検査                                    |  | 穿刺吸引細胞診：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )<br>所見：( )                                                                                                                                              |  |                                                                              |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
| 画像検査                                    |  | 超音波検査 (甲状腺)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )<br>所見：( )                                                                                                                                          |  |                                                                              |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
|                                         |  | シンチグラフィ (甲状腺)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )<br>所見：( )                                                                                                                                        |  |                                                                              |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
| その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載                  |  |                                                                                                                                                                                           |  |                                                                              |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
| 合併症                                     |  | 合併症：[ なし ・ あり ]<br>詳細：( )                                                                                                                                                                 |  |                                                                              |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
| 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 ]<br>詳細：( )                                                                                                                                                                |  |                                                                              |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
|                                         |  | 機能抑制療法：[ なし ・ あり ]<br>詳細：( )                                                                                                                                                              |  |                                                                              |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
|                                         |  | 薬物療法 (その他)：( )                                                                                                                                                                            |  |                                                                              |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |



|                                         |       |                                                                                   |  |                                            |  |                                                      |  |               |  |                                                                        |  |                             |  |
|-----------------------------------------|-------|-----------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------|--|------------------------------------------------------|--|---------------|--|------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------|--|
| 告示番号                                    |       | 78                                                                                |  | 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                                      |       | 26 副甲状腺機能亢進症                                                                      |  |                                            |  |                                                      |  |               |  | 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 ( )<br>資格取得年月日 年 月 日                   |  |                                            |  |                                                      |  |               |  |                                                                        |  |                             |  |
| 氏名                                      |       | (セイメイ)<br>(姓)                                                                     |  |                                            |  | 以前の登録氏名<br>(変更のある場合)                                 |  | (セイメイ)<br>(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<br>身長・体重                            |       | 身長<br>(測定日)                                                                       |  | cm ( SD)                                   |  | 体重<br>(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 )                                                                         |  |                                            |  |                                                      |  |               |  |                                                                        |  |                             |  |
| 身体所見                                    |       | 血圧：収縮期：( )mmHg 拡張期：( )mmHg 実施日：( 年 月 日 )                                          |  |                                            |  |                                                      |  |               |  |                                                                        |  |                             |  |
| 症状                                      | 全身    | 易疲労性：[ なし ・ あり ]                                                                  |  |                                            |  |                                                      |  |               |  |                                                                        |  |                             |  |
|                                         | 腎・泌尿器 | 肉眼的血尿：[ なし ・ あり ]                                                                 |  |                                            |  | 排尿痛：[ なし ・ あり ]                                      |  |               |  | 多尿：[ なし ・ あり ]                                                         |  |                             |  |
|                                         | 消化器   | 腹痛：[ 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                    |       |                                                                                   |  |                                            |  |                                                      |  |               |  |                                                                        |  |                             |  |
| 身体所見                                    |       | 血圧：収縮期：( )mmHg 拡張期：( )mmHg 実施日：( 年 月 日 )                                          |  |                                            |  |                                                      |  |               |  |                                                                        |  |                             |  |
| 症状                                      | 全身    | 易疲労性：[ なし ・ あり ]                                                                  |  |                                            |  |                                                      |  |               |  |                                                                        |  |                             |  |
|                                         | 腎・泌尿器 | 肉眼的血尿：[ なし ・ あり ]                                                                 |  |                                            |  | 排尿痛：[ なし ・ あり ]                                      |  |               |  | 多尿：[ なし ・ あり ]                                                         |  |                             |  |
|                                         | 消化器   | 腹痛：[ 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 |       |                                                                                   |  |                                            |  |                                                      |  |               |  |                                                                        |  |                             |  |
| 尿検査                                     |       | 尿中クレアチニン：( )mg/dL 尿中カルシウム：( )mg/dL                                                |  |                                            |  |                                                      |  |               |  |                                                                        |  |                             |  |
| 血液検査                                    |       | 血清アルブミン：( )g/dL<br>血清P：( )mg/dL<br>血清クレアチニン：( )mg/dL<br>25-OHビタミンD：( )ng/mL ・ 未実施 |  |                                            |  | ALP：( )U/L<br>血清Mg：( )mg/dL<br>intact PTH：( )pg/mL   |  |               |  | 血清Ca：( )mg/dL<br>BUN：( )mg/dL<br>1,25-(OH) <sub>2</sub> ビタミンD：( )pg/mL |  |                             |  |
| 骨塩定量検査                                  |       | 骨塩定量検査 (DEXA法)：[ 未実施 ・ 実施 ]<br>部位：[ 腰椎 ・ その他 ]                                    |  |                                            |  | 実施日：( 年 月 日 )<br>骨密度：( )g/cm <sup>2</sup> 同年齢比較：( )% |  |               |  |                                                                        |  |                             |  |
| 画像検査                                    |       | 超音波検査 (腎・尿路)：[ 未実施 ・ 実施 ]<br>所見：( )                                               |  |                                            |  | 実施日：( 年 月 日 )                                        |  |               |  |                                                                        |  |                             |  |
|                                         |       | 単純X線検査 (骨)：[ 未実施 ・ 実施 ]<br>所見：( )                                                 |  |                                            |  | 実施日：( 年 月 日 )                                        |  |               |  |                                                                        |  |                             |  |
|                                         |       | CT検査 (腹部)：[ 未実施 ・ 実施 ]<br>所見：( )                                                  |  |                                            |  | 実施日：( 年 月 日 )                                        |  |               |  |                                                                        |  |                             |  |
| 遺伝学的検査                                  |       | 遺伝子検査：[ 未実施 ・ 実施 ]<br>所見：( )                                                      |  |                                            |  | 実施日：( 年 月 日 )                                        |  |               |  |                                                                        |  |                             |  |
| 検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載                    |       |                                                                                   |  |                                            |  |                                                      |  |               |  |                                                                        |  |                             |  |
| 尿検査                                     |       | 尿中クレアチニン：( )mg/dL 尿中カルシウム：( )mg/dL                                                |  |                                            |  |                                                      |  |               |  |                                                                        |  |                             |  |
| 血液検査                                    |       | 血清アルブミン：( )g/dL<br>血清P：( )mg/dL<br>血清クレアチニン：( )mg/dL<br>25-OHビタミンD：( )ng/mL ・ 未実施 |  |                                            |  | ALP：( )U/L<br>血清Mg：( )mg/dL<br>intact PTH：( )pg/mL   |  |               |  | 血清Ca：( )mg/dL<br>BUN：( )mg/dL<br>1,25-(OH) <sub>2</sub> ビタミンD：( )pg/mL |  |                             |  |



|                                         |         |                                                                                                                                                                                                 |  |                                            |               |             |                      |                   |               |                       |                             |         |  |
|-----------------------------------------|---------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------|---------------|-------------|----------------------|-------------------|---------------|-----------------------|-----------------------------|---------|--|
| 告示番号                                    |         | 80                                                                                                                                                                                              |  | 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                                      |         | 27 副甲状腺欠損症                                                                                                                                                                                      |  |                                            |               |             |                      |                   | 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 ( )<br>資格取得年月日 年 月 日                                                                                                                                 |  |                                            |               |             |                      |                   |               |                       |                             |         |  |
| 氏名                                      |         | (セイメイ)<br>(姓)                                                                                                                                                                                   |  |                                            |               |             | 以前の登録氏名<br>(変更のある場合) |                   | (セイメイ)<br>(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<br>身長・体重                            |         | 身長<br>(測定日)                                                                                                                                                                                     |  | cm ( SD)<br>年 月 日                          |               | 体重<br>(測定日) |                      | kg ( SD)<br>年 月 日 |               | BMI                   |                             |         |  |
|                                         |         |                                                                                                                                                                                                 |  |                                            |               |             |                      |                   |               | 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 )                                                                                                                                                                                       |  |                                            |               |             |                      |                   |               |                       |                             |         |  |
| 身体所見                                    |         | 血圧：収縮期：( )mmHg 拡張期：( )mmHg 実施日：( 年 月 日 )                                                                                                                                                        |  |                                            |               |             |                      |                   |               |                       |                             |         |  |
| 症状                                      | 呼吸器・循環器 | 心雑音：[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                                 |  |                                            |               |             |                      |                   |               |                       |                             |         |  |
|                                         | 精神・神経   | テタニー：[ なし ・ あり ] 痙攣：[ なし ・ あり ]<br>精神運動発達遅滞：[ なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明 ]                                                                                                              |  |                                            |               |             |                      |                   |               |                       |                             |         |  |
|                                         | 耳鼻咽喉    | 難聴：[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                                  |  |                                            |               |             |                      |                   |               |                       |                             |         |  |
|                                         | 眼       | 視力障害：[ 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                    |         |                                                                                                                                                                                                 |  |                                            |               |             |                      |                   |               |                       |                             |         |  |
| 身体所見                                    |         | 血圧：収縮期：( )mmHg 拡張期：( )mmHg 実施日：( 年 月 日 )                                                                                                                                                        |  |                                            |               |             |                      |                   |               |                       |                             |         |  |
| 症状                                      | 呼吸器・循環器 | 心雑音：[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                                 |  |                                            |               |             |                      |                   |               |                       |                             |         |  |
|                                         | 精神・神経   | テタニー：[ なし ・ あり ] 痙攣：[ なし ・ あり ]<br>精神運動発達遅滞：[ なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明 ]                                                                                                              |  |                                            |               |             |                      |                   |               |                       |                             |         |  |
|                                         | 耳鼻咽喉    | 難聴：[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                                  |  |                                            |               |             |                      |                   |               |                       |                             |         |  |
|                                         | 眼       | 視力障害：[ 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 |         |                                                                                                                                                                                                 |  |                                            |               |             |                      |                   |               |                       |                             |         |  |
| 尿検査                                     |         | 尿中クレアチニン：( )mg/dL 尿中カルシウム：( )mg/dL                                                                                                                                                              |  |                                            |               |             |                      |                   |               |                       |                             |         |  |
| 血液検査                                    |         | 血清アルブミン：( )g/dL ALP：( )U/L 血清Ca：( )mg/dL<br>血清P：( )mg/dL 血清Mg：( )mg/dL BUN：( )mg/dL<br>血清クレアチニン：( )mg/dL intact PTH：( )pg/mL 1,25-(OH) <sub>2</sub> ビタミンD：( )pg/mL<br>25-OHビタミンD：( )ng/mL ・ 未実施 |  |                                            |               |             |                      |                   |               |                       |                             |         |  |
| 画像検査                                    |         | 単純X線検査 (骨)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )<br>所見：( )                                                                                                                                                 |  |                                            |               |             |                      |                   |               |                       |                             |         |  |
|                                         |         | CT検査 (頭部)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )<br>所見：( )                                                                                                                                                  |  |                                            |               |             |                      |                   |               |                       |                             |         |  |
| 検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載                    |         |                                                                                                                                                                                                 |  |                                            |               |             |                      |                   |               |                       |                             |         |  |
| 尿検査                                     |         | 尿中クレアチニン：( )mg/dL 尿中カルシウム：( )mg/dL                                                                                                                                                              |  |                                            |               |             |                      |                   |               |                       |                             |         |  |
| 血液検査                                    |         | 血清アルブミン：( )g/dL ALP：( )U/L 血清Ca：( )mg/dL<br>血清P：( )mg/dL 血清Mg：( )mg/dL BUN：( )mg/dL<br>血清クレアチニン：( )mg/dL intact PTH：( )pg/mL 1,25-(OH) <sub>2</sub> ビタミンD：( )pg/mL<br>25-OHビタミンD：( )ng/mL ・ 未実施 |  |                                            |               |             |                      |                   |               |                       |                             |         |  |



|                                        |         |                                                                                                                                                                                                 |          |                                            |                             |      |                      |          |      |               |               |                 |  |                             |  |
|----------------------------------------|---------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|--------------------------------------------|-----------------------------|------|----------------------|----------|------|---------------|---------------|-----------------|--|-----------------------------|--|
| 告示番号                                   |         | 79                                                                                                                                                                                              |          | 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                                     |         | 28 副甲状腺機能低下症（副甲状腺欠損症を除く。）                                                                                                                                                                       |          |                                            |                             |      |                      |          |      |               |               | 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（ ）<br>資格取得年月日 年 月 日                                                                                                                                     |          |                                            |                             |      |                      |          |      |               |               |                 |  |                             |  |
| 氏名                                     |         | (セイメイ)<br>(姓)                                                                                                                                                                                   |          |                                            |                             |      | 以前の登録氏名<br>(変更のある場合) |          |      | (セイメイ)<br>(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<br>身長・体重                           |         | 身長<br>(測定日)                                                                                                                                                                                     | cm ( SD) |                                            |                             |      | 体重<br>(測定日)          | kg ( SD) |      |               |               | BMI             |  |                             |  |
|                                        |         |                                                                                                                                                                                                 | 年 月 日    |                                            |                             |      |                      | 年 月 日    |      |               |               |                 |  |                             |  |
| 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 )                                                                                                                                                                                       |          |                                            |                             |      |                      |          |      |               |               |                 |  |                             |  |
| 身体所見                                   |         | 血圧：収縮期：( )mmHg 拡張期：( )mmHg 実施日：( 年 月 日 )                                                                                                                                                        |          |                                            |                             |      |                      |          |      |               |               |                 |  |                             |  |
| 症状                                     | 呼吸器・循環器 | 心雑音：[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                                 |          |                                            |                             |      |                      |          |      |               |               |                 |  |                             |  |
|                                        | 精神・神経   | テタニー：[ なし ・ あり ] 痙攣：[ なし ・ あり ] 口周囲や手足などのしびれ、知覚障害：[ なし ・ あり ]<br>精神運動発達遅滞：[ なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明 ]                                                                                |          |                                            |                             |      |                      |          |      |               |               |                 |  |                             |  |
|                                        | 耳鼻咽喉    | 難聴：[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                                  |          |                                            |                             |      |                      |          |      |               |               |                 |  |                             |  |
|                                        | 眼       | 視力障害：[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                                |          |                                            |                             |      |                      |          |      |               |               |                 |  |                             |  |
|                                        | その他     | 特徴的な顔貌：[ なし ・ あり ]<br>症状（その他）：( )                                                                                                                                                               |          |                                            |                             |      |                      |          |      |               |               |                 |  |                             |  |
| 臨床所見（申請時） ※直近の状況を記載                    |         |                                                                                                                                                                                                 |          |                                            |                             |      |                      |          |      |               |               |                 |  |                             |  |
| 身体所見                                   |         | 血圧：収縮期：( )mmHg 拡張期：( )mmHg 実施日：( 年 月 日 )                                                                                                                                                        |          |                                            |                             |      |                      |          |      |               |               |                 |  |                             |  |
| 症状                                     | 呼吸器・循環器 | 心雑音：[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                                 |          |                                            |                             |      |                      |          |      |               |               |                 |  |                             |  |
|                                        | 精神・神経   | テタニー：[ なし ・ あり ] 痙攣：[ なし ・ あり ] 口周囲や手足などのしびれ、知覚障害：[ なし ・ あり ]<br>精神運動発達遅滞：[ なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明 ]                                                                                |          |                                            |                             |      |                      |          |      |               |               |                 |  |                             |  |
|                                        | 耳鼻咽喉    | 難聴：[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                                  |          |                                            |                             |      |                      |          |      |               |               |                 |  |                             |  |
|                                        | 眼       | 視力障害：[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                                |          |                                            |                             |      |                      |          |      |               |               |                 |  |                             |  |
|                                        | その他     | 特徴的な顔貌：[ なし ・ あり ]<br>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 |         |                                                                                                                                                                                                 |          |                                            |                             |      |                      |          |      |               |               |                 |  |                             |  |
| 尿検査                                    |         | 尿中クレアチニン：( )mg/dL 尿中カルシウム：( )mg/dL                                                                                                                                                              |          |                                            |                             |      |                      |          |      |               |               |                 |  |                             |  |
| 血液検査                                   |         | 血清アルブミン：( )g/dL ALP：( )U/L 血清Ca：( )mg/dL<br>血清P：( )mg/dL 血清Mg：( )mg/dL BUN：( )mg/dL<br>血清クレアチニン：( )mg/dL intact PTH：( )pg/mL 1,25-(OH) <sub>2</sub> ビタミンD：( )pg/mL<br>25-OHビタミンD：( )ng/mL ・ 未実施 |          |                                            |                             |      |                      |          |      |               |               |                 |  |                             |  |
| 画像検査                                   |         | 単純X線検査（骨）：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )<br>所見：( )                                                                                                                                                  |          |                                            |                             |      |                      |          |      |               |               |                 |  |                             |  |
|                                        |         | CT検査（頭部）：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )<br>所見：( )                                                                                                                                                   |          |                                            |                             |      |                      |          |      |               |               |                 |  |                             |  |
| 遺伝学的検査                                 |         | 遺伝子検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )<br>所見：( )                                                                                                                                                      |          |                                            |                             |      |                      |          |      |               |               |                 |  |                             |  |
| 検査所見（申請時） ※直近の状況を記載                    |         |                                                                                                                                                                                                 |          |                                            |                             |      |                      |          |      |               |               |                 |  |                             |  |
| 尿検査                                    |         | 尿中クレアチニン：( )mg/dL 尿中カルシウム：( )mg/dL                                                                                                                                                              |          |                                            |                             |      |                      |          |      |               |               |                 |  |                             |  |





|                                         |       |                                                                                                                                                                                                                                       |                                            |        |                             |          |                      |          |               |                       |                             |     |   |
|-----------------------------------------|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|--------|-----------------------------|----------|----------------------|----------|---------------|-----------------------|-----------------------------|-----|---|
| 告示番号                                    |       | 35                                                                                                                                                                                                                                    |                                            | 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                                      |       | 29 自己免疫性多内分泌腺症候群 1型                                                                                                                                                                                                                   |                                            |        |                             |          |                      |          | 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 ( )<br>資格取得年月日 年 月 日                                                                                                                                                                       |                                            |        |                             |          |                      |          |               |                       |                             |     |   |
| 氏名                                      |       | (セイメイ)<br>(姓)                                                                                                                                                                                                                         |                                            |        |                             |          | 以前の登録氏名<br>(変更のある場合) |          | (セイメイ)<br>(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<br>身長・体重                            |       | 身長<br>(測定日)                                                                                                                                                                                                                           | cm ( SD)                                   |        |                             |          | 体重<br>(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 )                                                                                                                                                                                                                             |                                            |        |                             |          |                      |          |               |                       |                             |     |   |
| 症<br>状                                  | 全身    | 易疲労性：[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                                                                      |                                            |        |                             |          |                      |          |               |                       |                             |     |   |
|                                         | 皮膚・粘膜 | 粘膜皮膚カンジダ症：[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                                                                 |                                            |        |                             |          |                      |          |               |                       |                             |     |   |
|                                         | 精神・神経 | テタニー：[ なし ・ あり ] 痙攣：[ 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                    |       |                                                                                                                                                                                                                                       |                                            |        |                             |          |                      |          |               |                       |                             |     |   |
| 症<br>状                                  | 全身    | 易疲労性：[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                                                                      |                                            |        |                             |          |                      |          |               |                       |                             |     |   |
|                                         | 皮膚・粘膜 | 粘膜皮膚カンジダ症：[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                                                                 |                                            |        |                             |          |                      |          |               |                       |                             |     |   |
|                                         | 精神・神経 | テタニー：[ なし ・ あり ] 痙攣：[ 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 |       |                                                                                                                                                                                                                                       |                                            |        |                             |          |                      |          |               |                       |                             |     |   |
| 尿検査                                     |       | 尿中遊離コルチゾール：( )μg/day ・ 未実施<br>尿検査 (その他)：( )                                                                                                                                                                                           |                                            |        |                             |          |                      |          |               |                       |                             |     |   |
| 血液検査                                    |       | 血清Ca：( )mg/dL 血清P：( )mg/dL BUN：( )mg/dL 血清クレアチニン：( )mg/dL<br>intact PTH：( )pg/mL<br>コルチゾール：( )μg/dL ACTH：( )pg/mL DHEA-S：( )ng/mL ・ μg/dL<br>血漿レニン活性 (PRA)：( )ng/mL/hr ・ 未実施 血漿レニン定量 (活性型)：( )pg/mL ・ 未実施<br>血漿アルドステロン：( )pg/mL ・ 未実施 |                                            |        |                             |          |                      |          |               |                       |                             |     |   |
|                                         |       | 抗1型インターフェロン抗体：( )                                                                                                                                                                                                                     |                                            |        |                             |          |                      |          |               |                       |                             |     |   |
|                                         |       | 抗NALP5抗体：( )                                                                                                                                                                                                                          |                                            |        |                             |          |                      |          |               |                       |                             |     |   |
|                                         |       | 抗17α水酸化酵素抗体：( )                                                                                                                                                                                                                       |                                            |        |                             |          |                      |          |               |                       |                             |     |   |
|                                         |       | 抗21水酸化酵素抗体：( )                                                                                                                                                                                                                        |                                            |        |                             |          |                      |          |               |                       |                             |     |   |
|                                         |       | 抗側鎖分解酵素抗体：( )                                                                                                                                                                                                                         |                                            |        |                             |          |                      |          |               |                       |                             |     |   |
|                                         |       | 抗副腎皮質抗体：( )倍 ・ 未実施                                                                                                                                                                                                                    |                                            |        |                             |          |                      |          |               |                       |                             |     |   |
|                                         |       |                                                                                                                                                                                                                                       |                                            |        |                             |          |                      |          |               |                       |                             |     |   |
| 遺伝学的検査                                  |       | 遺伝子検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )<br>所見：( )                                                                                                                                                                                            |                                            |        |                             |          |                      |          |               |                       |                             |     |   |
| 検査所見 (その他)                              |       | 検査所見 (その他)：( )                                                                                                                                                                                                                        |                                            |        |                             |          |                      |          |               |                       |                             |     |   |
| 検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載                    |       |                                                                                                                                                                                                                                       |                                            |        |                             |          |                      |          |               |                       |                             |     |   |
| 尿検査                                     |       | 尿中遊離コルチゾール：( )μg/day ・ 未実施<br>尿検査 (その他)：( )                                                                                                                                                                                           |                                            |        |                             |          |                      |          |               |                       |                             |     |   |
| 血液検査                                    |       | 血清Ca：( )mg/dL 血清P：( )mg/dL BUN：( )mg/dL 血清クレアチニン：( )mg/dL<br>intact PTH：( )pg/mL<br>コルチゾール：( )μg/dL ACTH：( )pg/mL DHEA-S：( )ng/mL ・ μg/dL<br>血漿レニン活性 (PRA)：( )ng/mL/hr ・ 未実施 血漿レニン定量 (活性型)：( )pg/mL ・ 未実施<br>血漿アルドステロン：( )pg/mL ・ 未実施 |                                            |        |                             |          |                      |          |               |                       |                             |     |   |
|                                         |       |                                                                                                                                                                                                                                       |                                            |        |                             |          |                      |          |               |                       |                             |     |   |
|                                         |       |                                                                                                                                                                                                                                       |                                            |        |                             |          |                      |          |               |                       |                             |     |   |
|                                         |       |                                                                                                                                                                                                                                       |                                            |        |                             |          |                      |          |               |                       |                             |     |   |
|                                         |       |                                                                                                                                                                                                                                       |                                            |        |                             |          |                      |          |               |                       |                             |     |   |



|                                         |  |                                                                                                                                                                    |  |                                                |                             |             |                      |                   |               |                       |                             |     |  |
|-----------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------|-----------------------------|-------------|----------------------|-------------------|---------------|-----------------------|-----------------------------|-----|--|
| 告示番号                                    |  | 36                                                                                                                                                                 |  | 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                                      |  | 30 自己免疫性多内分泌腺症候群 2型                                                                                                                                                |  |                                                |                             |             |                      |                   | 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 ( )<br>資格取得年月日 年 月 日                                                                                                    |  |                                                |                             |             |                      |                   |               |                       |                             |     |  |
| 氏名                                      |  | (セイメイ)<br>(姓)                                                                                                                                                      |  |                                                |                             |             | 以前の登録氏名<br>(変更のある場合) |                   | (セイメイ)<br>(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 日       |                      |                   |               |                       |                             |     |  |
| 現在の<br>身長・体重                            |  | 身長<br>(測定日)                                                                                                                                                        |  | cm ( SD)<br>年 月 日                              |                             | 体重<br>(測定日) |                      | kg ( SD)<br>年 月 日 |               | BMI                   |                             |     |  |
|                                         |  |                                                                                                                                                                    |  |                                                |                             |             |                      |                   |               | 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 )                                                                                                                                                          |  |                                                |                             |             |                      |                   |               |                       |                             |     |  |
| 症 状                                     |  | 全身                                                                                                                                                                 |  | 易疲労性:[ なし ・ あり ] 多飲:[ なし ・ あり ] 浮腫:[ なし ・ あり ] |                             |             |                      |                   |               |                       |                             |     |  |
|                                         |  | 内分泌・代謝                                                                                                                                                             |  | 甲状腺腫:[ なし ・ あり ]                               |                             |             |                      |                   |               |                       |                             |     |  |
|                                         |  | 腎・泌尿器                                                                                                                                                              |  | 多尿:[ なし ・ あり ]                                 |                             |             |                      |                   |               |                       |                             |     |  |
|                                         |  | 精神・神経                                                                                                                                                              |  | 集中力低下:[ 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                    |  |                                                                                                                                                                    |  |                                                |                             |             |                      |                   |               |                       |                             |     |  |
| 症 状                                     |  | 全身                                                                                                                                                                 |  | 易疲労性:[ なし ・ あり ] 多飲:[ なし ・ あり ] 浮腫:[ なし ・ あり ] |                             |             |                      |                   |               |                       |                             |     |  |
|                                         |  | 内分泌・代謝                                                                                                                                                             |  | 甲状腺腫:[ なし ・ あり ]                               |                             |             |                      |                   |               |                       |                             |     |  |
|                                         |  | 腎・泌尿器                                                                                                                                                              |  | 多尿:[ なし ・ あり ]                                 |                             |             |                      |                   |               |                       |                             |     |  |
|                                         |  | 精神・神経                                                                                                                                                              |  | 集中力低下:[ 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 |  |                                                                                                                                                                    |  |                                                |                             |             |                      |                   |               |                       |                             |     |  |
| 尿検査                                     |  | 尿中遊離コルチゾール:( )μg/day ・ 未実施<br>尿検査 (その他):( )                                                                                                                        |  |                                                |                             |             |                      |                   |               |                       |                             |     |  |
| 血液検査                                    |  | TSH:( )μIU/mL free T <sub>3</sub> :( )pg/mL free T <sub>4</sub> :( )ng/dL<br>抗甲状腺ペルオキシダーゼ抗体 (TPOAb):( )U/mL 抗サイログロブリン抗体 (TgAb):( )U/mL<br>抗TSH受容体抗体 (TRAb):( )IU/L |  |                                                |                             |             |                      |                   |               |                       |                             |     |  |
|                                         |  | 血漿レニン活性 (PRA):( )ng/mL/hr ・ 未実施 血漿レニン定量 (活性型):( )pg/mL ・ 未実施<br>血漿アルドステロン:( )pg/mL・未実施<br>コルチゾール:( )μg/dL ACTH:( )pg/mL DHEA-S:( )ng/mL ・ μg/dL                    |  |                                                |                             |             |                      |                   |               |                       |                             |     |  |
|                                         |  | HbA <sub>1c</sub> :( )% 血糖値 (随時):( )mg/dL GAD抗体:( )U/mL ・ 未実施<br>インスリン (IRI):( )μU/mL 採血タイミング:[ 空腹時 ・ 食後 ]                                                         |  |                                                |                             |             |                      |                   |               |                       |                             |     |  |
|                                         |  |                                                                                                                                                                    |  |                                                |                             |             |                      |                   |               |                       |                             |     |  |
| 検査所見 (その他)                              |  | 検査所見 (その他):( )                                                                                                                                                     |  |                                                |                             |             |                      |                   |               |                       |                             |     |  |
| 検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載                    |  |                                                                                                                                                                    |  |                                                |                             |             |                      |                   |               |                       |                             |     |  |
| 尿検査                                     |  | 尿中遊離コルチゾール:( )μg/day ・ 未実施<br>尿検査 (その他):( )                                                                                                                        |  |                                                |                             |             |                      |                   |               |                       |                             |     |  |
| 血液検査                                    |  | TSH:( )μIU/mL free T <sub>3</sub> :( )pg/mL free T <sub>4</sub> :( )ng/dL<br>抗甲状腺ペルオキシダーゼ抗体 (TPOAb):( )U/mL 抗サイログロブリン抗体 (TgAb):( )U/mL<br>抗TSH受容体抗体 (TRAb):( )IU/L |  |                                                |                             |             |                      |                   |               |                       |                             |     |  |
|                                         |  | 血漿レニン活性 (PRA):( )ng/mL/hr ・ 未実施 血漿レニン定量 (活性型):( )pg/mL ・ 未実施<br>血漿アルドステロン:( )pg/mL・未実施<br>コルチゾール:( )μg/dL ACTH:( )pg/mL DHEA-S:( )ng/mL ・ μg/dL                    |  |                                                |                             |             |                      |                   |               |                       |                             |     |  |
|                                         |  |                                                                                                                                                                    |  |                                                |                             |             |                      |                   |               |                       |                             |     |  |
|                                         |  |                                                                                                                                                                    |  |                                                |                             |             |                      |                   |               |                       |                             |     |  |



|                                         |  |                                                                                                                                              |  |                                                                                          |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
|-----------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------|--|----------------------|--|-----------------------|--|-----------------------------|--|---------------|--|---|--|
| 告示番号                                    |  | 8                                                                                                                                            |  | 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                                      |  | 31 偽性偽性副甲状腺機能低下症                                                                                                                             |  |                                                                                          |  |                             |  |                      |  | 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 ( )<br>資格取得年月日 年 月 日                                                                              |  |                                                                                          |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
| 氏名                                      |  | (セイメイ)<br>(姓)                                                                                                                                |  |                                                                                          |  |                             |  | 以前の登録氏名<br>(変更のある場合) |  | (セイメイ)<br>(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<br>身長・体重                            |  | 身長<br>(測定日)                                                                                                                                  |  | cm ( SD)                                                                                 |  |                             |  | 体重<br>(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 )                                                                                                                                    |  |                                                                                          |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
| 症 状                                     |  | 全身                                                                                                                                           |  | 低身長 (−2.0SD以下) : [ なし ・ あり ]                                                             |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
|                                         |  | 内分泌・代謝                                                                                                                                       |  | 肥満 : [ なし ・ あり ] 異所性石灰化 : [ なし ・ あり ]                                                    |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
|                                         |  | 筋・骨格                                                                                                                                         |  | 短指趾症 : [ なし ・ あり ]                                                                       |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
|                                         |  | 精神・神経                                                                                                                                        |  | テタニー : [ なし ・ あり ] 痙攣 : [ なし ・ あり ]<br>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) : ( )                                                                           |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
| 臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載                    |  |                                                                                                                                              |  |                                                                                          |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
| 症 状                                     |  | 全身                                                                                                                                           |  | 低身長 (−2.0SD以下) : [ なし ・ あり ]                                                             |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
|                                         |  | 内分泌・代謝                                                                                                                                       |  | 肥満 : [ なし ・ あり ] 異所性石灰化 : [ なし ・ あり ]                                                    |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
|                                         |  | 筋・骨格                                                                                                                                         |  | 短指趾症 : [ なし ・ あり ]                                                                       |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
|                                         |  | 精神・神経                                                                                                                                        |  | テタニー : [ なし ・ あり ] 痙攣 : [ なし ・ あり ]<br>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 (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                                    |  | Ellsworth-Howard検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>P排泄増加 : [ なし ・ あり ] cAMP増加 : [ なし ・ あり ]                                                |  |                                                                                          |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
| 尿検査                                     |  | 尿中クレアチニン : ( )mg/dL                                                                                                                          |  |                                                                                          |  |                             |  | 尿中カルシウム : ( )mg/dL   |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
| 血液検査                                    |  | 血清アルブミン : ( )g/dL ALP : ( )U/L 血清Ca : ( )mg/dL<br>血清P : ( )mg/dL 血清Mg : ( )mg/dL BUN : ( )mg/dL<br>血清クレアチニン : ( )mg/dL intact PTH : ( )pg/mL |  |                                                                                          |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
| 画像検査                                    |  | 単純X線検査 (骨) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>所見 : ( )                                                                                        |  |                                                                                          |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
|                                         |  | CT検査 (頭部) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>所見 : ( )                                                                                         |  |                                                                                          |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
| 遺伝学的検査                                  |  | 遺伝子検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>所見 : ( )                                                                                             |  |                                                                                          |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
| 検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載                    |  |                                                                                                                                              |  |                                                                                          |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
| 尿検査                                     |  | 尿中クレアチニン : ( )mg/dL                                                                                                                          |  |                                                                                          |  |                             |  | 尿中カルシウム : ( )mg/dL   |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
| 血液検査                                    |  | 血清アルブミン : ( )g/dL ALP : ( )U/L 血清Ca : ( )mg/dL<br>血清P : ( )mg/dL 血清Mg : ( )mg/dL BUN : ( )mg/dL<br>血清クレアチニン : ( )mg/dL intact PTH : ( )pg/mL |  |                                                                                          |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |



|                                        |        |                                                                                       |                                            |        |                                                                                     |                      |                      |                                                            |      |                             |  |     |     |
|----------------------------------------|--------|---------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|--------|-------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|----------------------|------------------------------------------------------------|------|-----------------------------|--|-----|-----|
| 告示番号                                   |        | 9                                                                                     |                                            | 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                                     |        | 32 偽性副甲状腺機能低下症（偽性偽性副甲状腺機能低下症を除く。）                                                     |                                            |        |                                                                                     |                      |                      | 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 ( )<br>資格取得年月日 年 月 日                       |                                            |        |                                                                                     |                      |                      |                                                            |      |                             |  |     |     |
| 氏名                                     |        | (セイメイ)<br>(姓)                                                                         |                                            |        |                                                                                     | 以前の登録氏名<br>(変更のある場合) |                      | (セイメイ)<br>(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<br>身長・体重                           |        | 身長<br>(測定日)                                                                           | cm ( SD)                                   |        |                                                                                     | 体重<br>(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 )                                                                             |                                            |        |                                                                                     |                      |                      |                                                            |      |                             |  |     |     |
| 症 状                                    | 全身     | 低身長（-2.0SD以下）：[ なし ・ あり ]                                                             |                                            |        |                                                                                     |                      |                      |                                                            |      |                             |  |     |     |
|                                        | 内分泌・代謝 | 肥満：[ なし ・ あり ] 異所性石灰化：[ なし ・ あり ]                                                     |                                            |        |                                                                                     |                      |                      |                                                            |      |                             |  |     |     |
|                                        | 筋・骨格   | 短指趾症：[ なし ・ あり ]                                                                      |                                            |        |                                                                                     |                      |                      |                                                            |      |                             |  |     |     |
|                                        | 精神・神経  | テタニー：[ なし ・ あり ] 痙攣：[ なし ・ あり ]<br>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）：( )                                                                           |                                            |        |                                                                                     |                      |                      |                                                            |      |                             |  |     |     |
| 臨床所見（申請時） ※直近の状況を記載                    |        |                                                                                       |                                            |        |                                                                                     |                      |                      |                                                            |      |                             |  |     |     |
| 症 状                                    | 全身     | 低身長（-2.0SD以下）：[ なし ・ あり ]                                                             |                                            |        |                                                                                     |                      |                      |                                                            |      |                             |  |     |     |
|                                        | 内分泌・代謝 | 肥満：[ なし ・ あり ] 異所性石灰化：[ なし ・ あり ]                                                     |                                            |        |                                                                                     |                      |                      |                                                            |      |                             |  |     |     |
|                                        | 筋・骨格   | 短指趾症：[ なし ・ あり ]                                                                      |                                            |        |                                                                                     |                      |                      |                                                            |      |                             |  |     |     |
|                                        | 精神・神経  | テタニー：[ なし ・ あり ] 痙攣：[ なし ・ あり ]<br>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（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                                   |        | Ellsworth-Howard検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )<br>P排泄増加：[ なし ・ あり ] cAMP増加：[ なし ・ あり ] |                                            |        |                                                                                     |                      |                      |                                                            |      |                             |  |     |     |
| 尿検査                                    |        | 尿中クレアチニン：( )mg/dL<br>尿中マグネシウム：( )mg/dL                                                |                                            |        | 尿中カルシウム：( )mg/dL                                                                    |                      |                      | 尿中リン：( )mg/dL                                              |      |                             |  |     |     |
| 血液検査                                   |        | 血清アルブミン：( )g/dL<br>血清P：( )mg/dL<br>血清クレアチニン：( )mg/dL<br>TSH：( )μIU/mL                 |                                            |        | ALP：( )U/L<br>血清Mg：( )mg/dL<br>intact PTH：( )pg/mL<br>free T <sub>4</sub> ：( )ng/dL |                      |                      | 血清Ca：( )mg/dL<br>BUN：( )mg/dL<br>25-OHビタミンD：( )ng/mL ・ 未実施 |      |                             |  |     |     |
| 画像検査                                   |        | 単純X線検査（骨）：[ 未実施 ・ 実施 ]<br>所見：( )                                                      |                                            |        | 実施日：( 年 月 日 )                                                                       |                      |                      |                                                            |      |                             |  |     |     |
|                                        |        | CT検査（頭部）：[ 未実施 ・ 実施 ]<br>所見：( )                                                       |                                            |        | 実施日：( 年 月 日 )                                                                       |                      |                      |                                                            |      |                             |  |     |     |
| 遺伝学的検査                                 |        | 遺伝子検査：[ 未実施 ・ 実施 ]<br>所見：( )                                                          |                                            |        | 実施日：( 年 月 日 )                                                                       |                      |                      |                                                            |      |                             |  |     |     |
| 検査所見（申請時） ※直近の状況を記載                    |        |                                                                                       |                                            |        |                                                                                     |                      |                      |                                                            |      |                             |  |     |     |
| 負荷試験                                   |        | Ellsworth-Howard検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )<br>P排泄増加：[ なし ・ あり ] cAMP増加：[ なし ・ あり ] |                                            |        |                                                                                     |                      |                      |                                                            |      |                             |  |     |     |
| 尿検査                                    |        | 尿中クレアチニン：( )mg/dL<br>尿中マグネシウム：( )mg/dL                                                |                                            |        | 尿中カルシウム：( )mg/dL                                                                    |                      |                      | 尿中リン：( )mg/dL                                              |      |                             |  |     |     |





|                                         |                                                                                                                           |                                                                                                                    |  |                                            |  |                      |  |                   |  |                       |  |                             |   |
|-----------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------|--|----------------------|--|-------------------|--|-----------------------|--|-----------------------------|---|
| 告示番号                                    |                                                                                                                           | 11                                                                                                                 |  | 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                                      |                                                                                                                           | 33 クッシング (Cushing) 病                                                                                               |  |                                            |  |                      |  |                   |  | 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 ( )<br>資格取得年月日 年 月 日                                                    |  |                                            |  |                      |  |                   |  |                       |  |                             |   |
| 氏名                                      |                                                                                                                           | (セイメイ)<br>(姓)                                                                                                      |  |                                            |  | 以前の登録氏名<br>(変更のある場合) |  | (セイメイ)<br>(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<br>身長・体重                            |                                                                                                                           | 身長<br>(測定日)                                                                                                        |  | cm ( SD)<br>年 月 日                          |  | 体重<br>(測定日)          |  | kg ( SD)<br>年 月 日 |  | BMI                   |  |                             |   |
|                                         |                                                                                                                           |                                                                                                                    |  |                                            |  |                      |  |                   |  | 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 )                                                                                                          |  |                                            |  |                      |  |                   |  |                       |  |                             |   |
| 症状                                      | 全身                                                                                                                        | 低身長 (−2.0SD以下) : [ なし ・ あり ] 高血圧 : [ なし ・ あり ] 浮腫 : [ なし ・ あり ]                                                    |  |                                            |  |                      |  |                   |  |                       |  |                             |   |
|                                         | 内分泌・代謝                                                                                                                    | 月経異常 (女子のみ) : [ なし ・ あり ] 耐糖能異常 : [ なし ・ あり ] 骨粗鬆症 : [ なし ・ あり ]<br>中心性肥満または水牛様脂肪沈着 : [ なし ・ あり ]                  |  |                                            |  |                      |  |                   |  |                       |  |                             |   |
|                                         | 筋・骨格                                                                                                                      | 筋力低下 : [ なし ・ あり ]                                                                                                 |  |                                            |  |                      |  |                   |  |                       |  |                             |   |
|                                         | 皮膚・粘膜                                                                                                                     | 皮膚線条 : [ なし ・ あり ] 痤瘡 : [ なし ・ あり ] 多毛症 : [ なし ・ あり ]<br>色素沈着 : [ なし ・ あり ] 皮下溢血 : [ なし ・ あり ] 皮膚菲薄化 : [ なし ・ あり ] |  |                                            |  |                      |  |                   |  |                       |  |                             |   |
|                                         | 精神・神経                                                                                                                     | 精神異常 : [ なし ・ あり ]                                                                                                 |  |                                            |  |                      |  |                   |  |                       |  |                             |   |
|                                         | その他                                                                                                                       | 満月様顔貌 : [ なし ・ あり ]<br>症状 (その他) : ( )                                                                              |  |                                            |  |                      |  |                   |  |                       |  |                             |   |
| 臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載                    |                                                                                                                           |                                                                                                                    |  |                                            |  |                      |  |                   |  |                       |  |                             |   |
| 症状                                      | 全身                                                                                                                        | 低身長 (−2.0SD以下) : [ なし ・ あり ] 高血圧 : [ なし ・ あり ] 浮腫 : [ なし ・ あり ]                                                    |  |                                            |  |                      |  |                   |  |                       |  |                             |   |
|                                         | 内分泌・代謝                                                                                                                    | 月経異常 (女子のみ) : [ なし ・ あり ] 耐糖能異常 : [ なし ・ あり ] 骨粗鬆症 : [ なし ・ あり ]<br>中心性肥満または水牛様脂肪沈着 : [ なし ・ あり ]                  |  |                                            |  |                      |  |                   |  |                       |  |                             |   |
|                                         | 筋・骨格                                                                                                                      | 筋力低下 : [ なし ・ あり ]                                                                                                 |  |                                            |  |                      |  |                   |  |                       |  |                             |   |
|                                         | 皮膚・粘膜                                                                                                                     | 皮膚線条 : [ なし ・ あり ] 痤瘡 : [ なし ・ あり ] 多毛症 : [ なし ・ あり ]<br>色素沈着 : [ なし ・ あり ] 皮下溢血 : [ なし ・ あり ] 皮膚菲薄化 : [ なし ・ あり ] |  |                                            |  |                      |  |                   |  |                       |  |                             |   |
|                                         | 精神・神経                                                                                                                     | 精神異常 : [ なし ・ あり ]                                                                                                 |  |                                            |  |                      |  |                   |  |                       |  |                             |   |
|                                         | その他                                                                                                                       | 満月様顔貌 : [ なし ・ あり ]<br>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                                    | CRH負荷試験 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>ACTH基礎値 : ( )pg/mL ACTH頂値 : ( )pg/mL                                            |                                                                                                                    |  |                                            |  |                      |  |                   |  |                       |  |                             |   |
|                                         | デキサメサゾン抑制試験 (0.5 mg) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>コルチゾール前値 : ( )μg/dL コルチゾール負荷後 : ( )μg/dL                           |                                                                                                                    |  |                                            |  |                      |  |                   |  |                       |  |                             |   |
|                                         | デキサメサゾン抑制試験 (8mg) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>コルチゾール前値 : ( )μg/dL コルチゾール負荷後 : ( )μg/dL                              |                                                                                                                    |  |                                            |  |                      |  |                   |  |                       |  |                             |   |
| 尿検査                                     | 尿中遊離コルチゾール : ( )μg/day ・ 未実施                                                                                              |                                                                                                                    |  |                                            |  |                      |  |                   |  |                       |  |                             |   |
| 血液検査                                    | 白血球数 : ( )/μL 好酸球 : ( )% 総コレステロール : ( )mg/dL 血清K : ( )mEq/L<br>コルチゾール : ( )μg/dL ACTH : ( )pg/mL HbA <sub>1c</sub> : ( )% |                                                                                                                    |  |                                            |  |                      |  |                   |  |                       |  |                             |   |
| 画像検査                                    | 単純X線検査 (頭部) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) トルコ鞍の拡大 : [ なし ・ あり ]                                                          |                                                                                                                    |  |                                            |  |                      |  |                   |  |                       |  |                             |   |
|                                         | 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 ]                                                        |                                                                                                                    |  |                                            |  |                      |  |                   |  |                       |  |                             |   |
|                                         | 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 ) 副腎腫瘍 : [ なし ・ あり ]                                                 |                                                                                                                    |  |                                            |  |                      |  |                   |  |                       |  |                             |   |





|                                         |                                                                                                 |                                                                                                                    |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |
|-----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------|--|-----------------------------|--|----------------------|--|-----------------------|--|-----------------------------|--|---------------|--|
| 告示番号                                    |                                                                                                 | 10                                                                                                                 |  | 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                                      |                                                                                                 | 34 異所性副腎皮質刺激ホルモン (ACTH) 産生症候群                                                                                      |  |                                            |  |                             |  |                      |  | 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 ( )<br>資格取得年月日 年 月 日                                                    |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |
| 氏名                                      |                                                                                                 | (セイメイ)<br>(姓)                                                                                                      |  |                                            |  |                             |  | 以前の登録氏名<br>(変更のある場合) |  | (セイメイ)<br>(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<br>身長・体重                            |                                                                                                 | 身長<br>(測定日)                                                                                                        |  | cm ( SD)                                   |  |                             |  | 体重<br>(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 )                                                                                                          |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |
| 症状                                      | 全身                                                                                              | 低身長 (−2.0SD以下) : [ なし ・ あり ] 高血圧 : [ なし ・ あり ] 浮腫 : [ なし ・ あり ]                                                    |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |
|                                         | 内分泌・代謝                                                                                          | 月経異常 (女子のみ) : [ なし ・ あり ] 耐糖能異常 : [ なし ・ あり ] 骨粗鬆症 : [ なし ・ あり ]<br>中心性肥満または水牛様脂肪沈着 : [ なし ・ あり ]                  |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |
|                                         | 筋・骨格                                                                                            | 筋力低下 : [ なし ・ あり ]                                                                                                 |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |
|                                         | 皮膚・粘膜                                                                                           | 皮膚線条 : [ なし ・ あり ] 痤瘡 : [ なし ・ あり ] 多毛症 : [ なし ・ あり ]<br>色素沈着 : [ なし ・ あり ] 皮下溢血 : [ なし ・ あり ] 皮膚菲薄化 : [ なし ・ あり ] |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |
|                                         | 精神・神経                                                                                           | 精神異常 : [ なし ・ あり ]                                                                                                 |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |
|                                         | その他                                                                                             | 満月様顔貌 : [ なし ・ あり ]<br>症状 (その他) : ( )                                                                              |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |
| 臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載                    |                                                                                                 |                                                                                                                    |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |
| 症状                                      | 全身                                                                                              | 低身長 (−2.0SD以下) : [ なし ・ あり ] 高血圧 : [ なし ・ あり ] 浮腫 : [ なし ・ あり ]                                                    |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |
|                                         | 内分泌・代謝                                                                                          | 月経異常 (女子のみ) : [ なし ・ あり ] 耐糖能異常 : [ なし ・ あり ] 骨粗鬆症 : [ なし ・ あり ]<br>中心性肥満または水牛様脂肪沈着 : [ なし ・ あり ]                  |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |
|                                         | 筋・骨格                                                                                            | 筋力低下 : [ なし ・ あり ]                                                                                                 |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |
|                                         | 皮膚・粘膜                                                                                           | 皮膚線条 : [ なし ・ あり ] 痤瘡 : [ なし ・ あり ] 多毛症 : [ なし ・ あり ]<br>色素沈着 : [ なし ・ あり ] 皮下溢血 : [ なし ・ あり ] 皮膚菲薄化 : [ なし ・ あり ] |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |
|                                         | 精神・神経                                                                                           | 精神異常 : [ なし ・ あり ]                                                                                                 |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |
|                                         | その他                                                                                             | 満月様顔貌 : [ なし ・ あり ]<br>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                                    | CRH負荷試験 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>ACTH基礎値 : ( )pg/mL ACTH頂値 : ( )pg/mL                  |                                                                                                                    |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |
|                                         | デキサメサゾン抑制試験 (0.5 mg) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>コルチゾール前値 : ( )μg/dL コルチゾール負荷後 : ( )μg/dL |                                                                                                                    |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |
|                                         | デキサメサゾン抑制試験 (8mg) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>コルチゾール前値 : ( )μg/dL コルチゾール負荷後 : ( )μg/dL    |                                                                                                                    |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |
| 尿検査                                     | 尿中遊離コルチゾール : ( )μg/day ・ 未実施                                                                    |                                                                                                                    |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |
| 血液検査                                    | コルチゾール : ( )μg/dL ACTH : ( )pg/mL                                                               |                                                                                                                    |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |
| 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 ]                              |                                                                                                                    |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |
|                                         | 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 ) 副腎腫瘍 : [ なし ・ あり ]                       |                                                                                                                    |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |





|                                         |        |                                                                                                                    |                                            |        |                             |                      |                      |               |      |                             |  |     |   |
|-----------------------------------------|--------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|--------|-----------------------------|----------------------|----------------------|---------------|------|-----------------------------|--|-----|---|
| 告示番号                                    |        | 12                                                                                                                 |                                            | 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                                      |        | 35 副腎腺腫                                                                                                            |                                            |        |                             |                      |                      | 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 ( )<br>資格取得年月日 年 月 日                                                    |                                            |        |                             |                      |                      |               |      |                             |  |     |   |
| 氏名                                      |        | (セイメイ)<br>(姓)                                                                                                      |                                            |        |                             | 以前の登録氏名<br>(変更のある場合) |                      | (セイメイ)<br>(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<br>身長・体重                            |        | 身長<br>(測定日)                                                                                                        | cm ( SD)                                   |        |                             |                      | 体重<br>(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 )                                                                                                          |                                            |        |                             |                      |                      |               |      |                             |  |     |   |
| 症状                                      | 全身     | 低身長 (−2.0SD以下) : [ なし ・ あり ] 高血圧 : [ なし ・ あり ] 浮腫 : [ なし ・ あり ]                                                    |                                            |        |                             |                      |                      |               |      |                             |  |     |   |
|                                         | 内分泌・代謝 | 月経異常 (女子のみ) : [ なし ・ あり ] 耐糖能異常 : [ なし ・ あり ] 骨粗鬆症 : [ なし ・ あり ]<br>中心性肥満または水牛様脂肪沈着 : [ なし ・ あり ]                  |                                            |        |                             |                      |                      |               |      |                             |  |     |   |
|                                         | 筋・骨格   | 筋力低下 : [ なし ・ あり ]                                                                                                 |                                            |        |                             |                      |                      |               |      |                             |  |     |   |
|                                         | 皮膚・粘膜  | 皮膚線条 : [ なし ・ あり ] 痤瘡 : [ なし ・ あり ] 多毛症 : [ なし ・ あり ]<br>色素沈着 : [ なし ・ あり ] 皮下溢血 : [ なし ・ あり ] 皮膚菲薄化 : [ なし ・ あり ] |                                            |        |                             |                      |                      |               |      |                             |  |     |   |
|                                         | 精神・神経  | 精神異常 : [ なし ・ あり ]                                                                                                 |                                            |        |                             |                      |                      |               |      |                             |  |     |   |
|                                         | その他    | 満月様顔貌 : [ なし ・ あり ]<br>症状 (その他) : ( )                                                                              |                                            |        |                             |                      |                      |               |      |                             |  |     |   |
| 臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載                    |        |                                                                                                                    |                                            |        |                             |                      |                      |               |      |                             |  |     |   |
| 症状                                      | 全身     | 低身長 (−2.0SD以下) : [ なし ・ あり ] 高血圧 : [ なし ・ あり ] 浮腫 : [ なし ・ あり ]                                                    |                                            |        |                             |                      |                      |               |      |                             |  |     |   |
|                                         | 内分泌・代謝 | 月経異常 (女子のみ) : [ なし ・ あり ] 耐糖能異常 : [ なし ・ あり ] 骨粗鬆症 : [ なし ・ あり ]<br>中心性肥満または水牛様脂肪沈着 : [ なし ・ あり ]                  |                                            |        |                             |                      |                      |               |      |                             |  |     |   |
|                                         | 筋・骨格   | 筋力低下 : [ なし ・ あり ]                                                                                                 |                                            |        |                             |                      |                      |               |      |                             |  |     |   |
|                                         | 皮膚・粘膜  | 皮膚線条 : [ なし ・ あり ] 痤瘡 : [ なし ・ あり ] 多毛症 : [ なし ・ あり ]<br>色素沈着 : [ なし ・ あり ] 皮下溢血 : [ なし ・ あり ] 皮膚菲薄化 : [ なし ・ あり ] |                                            |        |                             |                      |                      |               |      |                             |  |     |   |
|                                         | 精神・神経  | 精神異常 : [ なし ・ あり ]                                                                                                 |                                            |        |                             |                      |                      |               |      |                             |  |     |   |
|                                         | その他    | 満月様顔貌 : [ なし ・ あり ]<br>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                                    |        | CRH負荷試験 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>ACTH基礎値 : ( )pg/mL ACTH頂値 : ( )pg/mL                                     |                                            |        |                             |                      |                      |               |      |                             |  |     |   |
|                                         |        | デキサメサゾン抑制試験 (0.5 mg) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>コルチゾール前値 : ( )μg/dL コルチゾール負荷後 : ( )μg/dL                    |                                            |        |                             |                      |                      |               |      |                             |  |     |   |
|                                         |        | デキサメサゾン抑制試験 (8mg) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>コルチゾール前値 : ( )μg/dL コルチゾール負荷後 : ( )μg/dL                       |                                            |        |                             |                      |                      |               |      |                             |  |     |   |
| 尿検査                                     |        | 尿中遊離コルチゾール : ( )μg/day ・ 未実施                                                                                       |                                            |        |                             |                      |                      |               |      |                             |  |     |   |
| 血液検査                                    |        | コルチゾール : ( )μg/dL ACTH : ( )pg/mL                                                                                  |                                            |        |                             |                      |                      |               |      |                             |  |     |   |
| 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 ]                                                 |                                            |        |                             |                      |                      |               |      |                             |  |     |   |
|                                         |        | 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 ) 副腎腫瘍 : [ なし ・ あり ]                                          |                                            |        |                             |                      |                      |               |      |                             |  |     |   |







|                                         |        |                                                                                                                    |                                            |        |                             |          |                      |          |               |                       |                             |     |   |
|-----------------------------------------|--------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|--------|-----------------------------|----------|----------------------|----------|---------------|-----------------------|-----------------------------|-----|---|
| 告示番号                                    |        | 13                                                                                                                 |                                            | 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                                      |        | 36 副腎皮質結節性過形成                                                                                                      |                                            |        |                             |          |                      |          | 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 ( )<br>資格取得年月日 年 月 日                                                    |                                            |        |                             |          |                      |          |               |                       |                             |     |   |
| 氏名                                      |        | (セイメイ)<br>(姓)                                                                                                      |                                            |        |                             |          | 以前の登録氏名<br>(変更のある場合) |          | (セイメイ)<br>(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<br>身長・体重                            |        | 身長<br>(測定日)                                                                                                        | cm ( SD)                                   |        |                             |          | 体重<br>(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 )                                                                                                          |                                            |        |                             |          |                      |          |               |                       |                             |     |   |
| 症状                                      | 全身     | 低身長 (−2.0SD以下) : [ なし ・ あり ] 高血圧 : [ なし ・ あり ] 浮腫 : [ なし ・ あり ]                                                    |                                            |        |                             |          |                      |          |               |                       |                             |     |   |
|                                         | 内分泌・代謝 | 月経異常 (女子のみ) : [ なし ・ あり ] 耐糖能異常 : [ なし ・ あり ] 骨粗鬆症 : [ なし ・ あり ]<br>中心性肥満または水牛様脂肪沈着 : [ なし ・ あり ]                  |                                            |        |                             |          |                      |          |               |                       |                             |     |   |
|                                         | 筋・骨格   | 筋力低下 : [ なし ・ あり ]                                                                                                 |                                            |        |                             |          |                      |          |               |                       |                             |     |   |
|                                         | 皮膚・粘膜  | 皮膚線条 : [ なし ・ あり ] 痤瘡 : [ なし ・ あり ] 多毛症 : [ なし ・ あり ]<br>色素沈着 : [ なし ・ あり ] 皮下溢血 : [ なし ・ あり ] 皮膚菲薄化 : [ なし ・ あり ] |                                            |        |                             |          |                      |          |               |                       |                             |     |   |
|                                         | 精神・神経  | 精神異常 : [ なし ・ あり ]                                                                                                 |                                            |        |                             |          |                      |          |               |                       |                             |     |   |
|                                         | その他    | 満月様顔貌 : [ なし ・ あり ]<br>症状 (その他) : ( )                                                                              |                                            |        |                             |          |                      |          |               |                       |                             |     |   |
| 臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載                    |        |                                                                                                                    |                                            |        |                             |          |                      |          |               |                       |                             |     |   |
| 症状                                      | 全身     | 低身長 (−2.0SD以下) : [ なし ・ あり ] 高血圧 : [ なし ・ あり ] 浮腫 : [ なし ・ あり ]                                                    |                                            |        |                             |          |                      |          |               |                       |                             |     |   |
|                                         | 内分泌・代謝 | 月経異常 (女子のみ) : [ なし ・ あり ] 耐糖能異常 : [ なし ・ あり ] 骨粗鬆症 : [ なし ・ あり ]<br>中心性肥満または水牛様脂肪沈着 : [ なし ・ あり ]                  |                                            |        |                             |          |                      |          |               |                       |                             |     |   |
|                                         | 筋・骨格   | 筋力低下 : [ なし ・ あり ]                                                                                                 |                                            |        |                             |          |                      |          |               |                       |                             |     |   |
|                                         | 皮膚・粘膜  | 皮膚線条 : [ なし ・ あり ] 痤瘡 : [ なし ・ あり ] 多毛症 : [ なし ・ あり ]<br>色素沈着 : [ なし ・ あり ] 皮下溢血 : [ なし ・ あり ] 皮膚菲薄化 : [ なし ・ あり ] |                                            |        |                             |          |                      |          |               |                       |                             |     |   |
|                                         | 精神・神経  | 精神異常 : [ なし ・ あり ]                                                                                                 |                                            |        |                             |          |                      |          |               |                       |                             |     |   |
|                                         | その他    | 満月様顔貌 : [ なし ・ あり ]<br>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                                    |        | デキサメサゾン抑制試験 (0.5 mg) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>コルチゾール前値 : ( )µg/dL コルチゾール負荷後 : ( )µg/dL                    |                                            |        |                             |          |                      |          |               |                       |                             |     |   |
|                                         |        | デキサメサゾン抑制試験 (8mg) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>コルチゾール前値 : ( )µg/dL コルチゾール負荷後 : ( )µg/dL                       |                                            |        |                             |          |                      |          |               |                       |                             |     |   |
| 尿検査                                     |        | 尿中遊離コルチゾール : ( )µg/day ・ 未実施                                                                                       |                                            |        |                             |          |                      |          |               |                       |                             |     |   |
| 血液検査                                    |        | コルチゾール : ( )µg/dL ACTH : ( )pg/mL                                                                                  |                                            |        |                             |          |                      |          |               |                       |                             |     |   |
| 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 ]                                                 |                                            |        |                             |          |                      |          |               |                       |                             |     |   |
|                                         |        | 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 )<br>副腎腫瘍 : [ なし ・ あり ] 両側副腎皮質過形成 : [ なし ・ あり ]               |                                            |        |                             |          |                      |          |               |                       |                             |     |   |
|                                         |        | シンチグラフィ (副腎) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )<br>所見 : ( )                                                            |                                            |        |                             |          |                      |          |               |                       |                             |     |   |





|                                        |                     |                                                                                                        |                                            |                                   |                             |      |                      |          |          |               |               |                 |  |                             |   |
|----------------------------------------|---------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------|------|----------------------|----------|----------|---------------|---------------|-----------------|--|-----------------------------|---|
| 告示番号                                   |                     | 14                                                                                                     |                                            | 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                                     |                     | 37 33から36までに掲げるもののほか、クッシング（Cushing）症候群                                                                 |                                            |                                   |                             |      |                      |          |          |               |               | 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（ ）<br>資格取得年月日 年 月 日                                            |                                            |                                   |                             |      |                      |          |          |               |               |                 |  |                             |   |
| 氏名                                     |                     | (セイメイ)<br>(姓)                                                                                          |                                            |                                   |                             |      | 以前の登録氏名<br>(変更のある場合) |          |          | (セイメイ)<br>(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<br>身長・体重                           |                     | 身長<br>(測定日)                                                                                            | cm ( SD)                                   |                                   |                             |      | 体重<br>(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 |                     |                                                                                                        |                                            |                                   |                             |      |                      |          |          |               |               |                 |  |                             |   |
| 具体的な疾病名                                |                     | ( )                                                                                                    |                                            |                                   |                             |      |                      | 最終受診日    |          | ( 年 月 日 )     |               |                 |  |                             |   |
| 症状                                     | 全身                  | 低身長（-2.0SD以下）：[ なし ・ あり ] 高血圧：[ なし ・ あり ] 浮腫：[ なし ・ あり ]                                               |                                            |                                   |                             |      |                      |          |          |               |               |                 |  |                             |   |
|                                        | 内分泌・代謝              | 月経異常（女子のみ）：[ なし ・ あり ] 耐糖能異常：[ なし ・ あり ] 骨粗鬆症：[ なし ・ あり ]<br>中心性肥満または水牛様脂肪沈着：[ なし ・ あり ]               |                                            |                                   |                             |      |                      |          |          |               |               |                 |  |                             |   |
|                                        | 筋・骨格                | 筋力低下：[ なし ・ あり ]                                                                                       |                                            |                                   |                             |      |                      |          |          |               |               |                 |  |                             |   |
|                                        | 皮膚・粘膜               | 皮膚線条：[ なし ・ あり ] 痤瘡：[ なし ・ あり ] 多毛症：[ なし ・ あり ]<br>色素沈着：[ なし ・ あり ] 皮下溢血：[ なし ・ あり ] 皮膚菲薄化：[ なし ・ あり ] |                                            |                                   |                             |      |                      |          |          |               |               |                 |  |                             |   |
|                                        | 精神・神経               | 精神異常：[ なし ・ あり ]                                                                                       |                                            |                                   |                             |      |                      |          |          |               |               |                 |  |                             |   |
|                                        | その他                 | 満月様顔貌：[ なし ・ あり ]<br>症状（その他）：( )                                                                       |                                            |                                   |                             |      |                      |          |          |               |               |                 |  |                             |   |
|                                        | 臨床所見（申請時） ※直近の状況を記載 |                                                                                                        |                                            |                                   |                             |      |                      |          |          |               |               |                 |  |                             |   |
| 症状                                     | 全身                  | 低身長（-2.0SD以下）：[ なし ・ あり ] 高血圧：[ なし ・ あり ] 浮腫：[ なし ・ あり ]                                               |                                            |                                   |                             |      |                      |          |          |               |               |                 |  |                             |   |
|                                        | 内分泌・代謝              | 月経異常（女子のみ）：[ なし ・ あり ] 耐糖能異常：[ なし ・ あり ] 骨粗鬆症：[ なし ・ あり ]<br>中心性肥満または水牛様脂肪沈着：[ なし ・ あり ]               |                                            |                                   |                             |      |                      |          |          |               |               |                 |  |                             |   |
|                                        | 筋・骨格                | 筋力低下：[ なし ・ あり ]                                                                                       |                                            |                                   |                             |      |                      |          |          |               |               |                 |  |                             |   |
|                                        | 皮膚・粘膜               | 皮膚線条：[ なし ・ あり ] 痤瘡：[ なし ・ あり ] 多毛症：[ なし ・ あり ]<br>色素沈着：[ なし ・ あり ] 皮下溢血：[ なし ・ あり ] 皮膚菲薄化：[ なし ・ あり ] |                                            |                                   |                             |      |                      |          |          |               |               |                 |  |                             |   |
|                                        | 精神・神経               | 精神異常：[ なし ・ あり ]                                                                                       |                                            |                                   |                             |      |                      |          |          |               |               |                 |  |                             |   |
|                                        | その他                 | 満月様顔貌：[ なし ・ あり ]<br>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                                   |                     | デキサメサゾン抑制試験（0.5 mg）：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )<br>コルチゾール前値：( )μg/dL コルチゾール負荷後：( )μg/dL                 |                                            |                                   |                             |      |                      |          |          |               |               |                 |  |                             |   |
|                                        |                     | デキサメサゾン抑制試験（8mg）：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )<br>コルチゾール前値：( )μg/dL コルチゾール負荷後：( )μg/dL                    |                                            |                                   |                             |      |                      |          |          |               |               |                 |  |                             |   |
| 尿検査                                    |                     | 尿中遊離コルチゾール：( )μg/day・未実施                                                                               |                                            |                                   |                             |      |                      |          |          |               |               |                 |  |                             |   |
| 血液検査                                   |                     | コルチゾール：( )μg/dL ACTH：( )pg/mL                                                                          |                                            |                                   |                             |      |                      |          |          |               |               |                 |  |                             |   |
| 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 ]                                            |                                            |                                   |                             |      |                      |          |          |               |               |                 |  |                             |   |
|                                        |                     | 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 )<br>副腎腫瘍：[ なし ・ あり ] 両側副腎皮質過形成：[ なし ・ あり ]            |                                            |                                   |                             |      |                      |          |          |               |               |                 |  |                             |   |
|                                        |                     | シンチグラフィ（副腎）：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )<br>所見：( )                                                       |                                            |                                   |                             |      |                      |          |          |               |               |                 |  |                             |   |
|                                        |                     | 画像検査（その他）：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )<br>部位：( )<br>所見：( )                                               |                                            |                                   |                             |      |                      |          |          |               |               |                 |  |                             |   |







|                                         |  |                                                                 |  |                                                     |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |     |  |
|-----------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------|--|-----------------------------|--|----------------------|--|-----------------------|--|-----------------------------|--|-----|--|
| 告示番号                                    |  | 83                                                              |  | 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                                      |  | 38 副腎皮質刺激ホルモン (ACTH) 単独欠損症                                      |  |                                                     |  |                             |  |                      |  | 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 ( )<br>資格取得年月日 年 月 日 |  |                                                     |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |     |  |
| 氏名                                      |  | (セイメイ)<br>(姓)                                                   |  |                                                     |  |                             |  | 以前の登録氏名<br>(変更のある場合) |  | (セイメイ)<br>(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<br>身長・体重                            |  | 身長<br>(測定日)                                                     |  | cm ( SD)                                            |  |                             |  | 体重<br>(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 )                                                       |  |                                                     |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |     |  |
| 症状                                      |  | 全身                                                              |  | 哺乳力低下:[ なし ・ あり ] 体重増加不良:[ なし ・ あり ] 脱水:[ なし ・ あり ] |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |     |  |
|                                         |  | 内分泌・代謝                                                          |  | 低血糖:[ なし ・ あり ]                                     |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |     |  |
|                                         |  | 呼吸器・循環器                                                         |  | ショック:[ なし ・ あり ]                                    |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |     |  |
|                                         |  | 消化器                                                             |  | 悪心・嘔吐:[ なし ・ あり ]                                   |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |     |  |
|                                         |  | 精神・神経                                                           |  | 意識障害:[ なし ・ あり ・ 不明 ]                               |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |     |  |
|                                         |  | その他                                                             |  | 症状 (その他):( )                                        |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |     |  |
| 臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載                    |  |                                                                 |  |                                                     |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |     |  |
| 症状                                      |  | 全身                                                              |  | 哺乳力低下:[ なし ・ あり ] 体重増加不良:[ なし ・ あり ] 脱水:[ なし ・ あり ] |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |     |  |
|                                         |  | 内分泌・代謝                                                          |  | 低血糖:[ なし ・ あり ]                                     |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |     |  |
|                                         |  | 呼吸器・循環器                                                         |  | ショック:[ なし ・ あり ]                                    |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |     |  |
|                                         |  | 消化器                                                             |  | 悪心・嘔吐:[ なし ・ あり ]                                   |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |     |  |
|                                         |  | 精神・神経                                                           |  | 意識障害:[ なし ・ あり ・ 不明 ]                               |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |     |  |
|                                         |  | 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 |  |                                                                 |  |                                                     |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |     |  |
| 負荷試験                                    |  | CRH負荷試験:[ 未実施 ・ 実施 ]                                            |  |                                                     |  | 実施日:( 年 月 日 )               |  |                      |  |                       |  |                             |  |     |  |
|                                         |  | ACTH頂値:( )pg/mL                                                 |  |                                                     |  | コルチゾール頂値:( )μg/dL           |  |                      |  |                       |  |                             |  |     |  |
|                                         |  | インスリン負荷試験:[ 未実施 ・ 実施 ]                                          |  |                                                     |  | 実施日:( 年 月 日 )               |  |                      |  |                       |  |                             |  |     |  |
|                                         |  | ACTH: 頂値:( )pg/mL                                               |  |                                                     |  | コルチゾール頂値:( )μg/dL           |  |                      |  |                       |  |                             |  |     |  |
| 血液検査                                    |  | 血清Na:( )mEq/L                                                   |  | 血清K:( )mEq/L                                        |  | ACTH:( )pg/mL               |  | コルチゾール:( )μg/dL      |  | 血糖値 (随時):( )mg/dL     |  |                             |  |     |  |
| 画像検査                                    |  | CTまたはMRI検査 (頭部):[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日:( 年 月 日 )<br>所見:( )            |  |                                                     |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |     |  |
| 検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載                    |  |                                                                 |  |                                                     |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |     |  |
| 負荷試験                                    |  | CRH負荷試験:[ 未実施 ・ 実施 ]                                            |  |                                                     |  | 実施日:( 年 月 日 )               |  |                      |  |                       |  |                             |  |     |  |
|                                         |  | ACTH頂値:( )pg/mL                                                 |  |                                                     |  | コルチゾール頂値:( )μg/dL           |  |                      |  |                       |  |                             |  |     |  |
|                                         |  | インスリン負荷試験:[ 未実施 ・ 実施 ]                                          |  |                                                     |  | 実施日:( 年 月 日 )               |  |                      |  |                       |  |                             |  |     |  |
|                                         |  | ACTH: 頂値:( )pg/mL                                               |  |                                                     |  | コルチゾール頂値:( )μg/dL           |  |                      |  |                       |  |                             |  |     |  |
| 血液検査                                    |  | 血清Na:( )mEq/L                                                   |  | 血清K:( )mEq/L                                        |  | ACTH:( )pg/mL               |  | コルチゾール:( )μg/dL      |  | 血糖値 (随時):( )mg/dL     |  |                             |  |     |  |
| 画像検査                                    |  | CTまたはMRI検査 (頭部):[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日:( 年 月 日 )<br>所見:( )            |  |                                                     |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |     |  |



|                                        |  |                                                                                                                                                                                      |  |                                                                          |        |                             |     |                      |      |                       |  |                             |  |       |  |
|----------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------|--------|-----------------------------|-----|----------------------|------|-----------------------|--|-----------------------------|--|-------|--|
| 告示番号                                   |  | 84                                                                                                                                                                                   |  | 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                                     |  | 39 副腎皮質刺激ホルモン（ACTH）不応症                                                                                                                                                               |  |                                                                          |        |                             |     |                      |      | 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 ( )<br>資格取得年月日 年 月 日                                                                                                                      |  |                                                                          |        |                             |     |                      |      |                       |  |                             |  |       |  |
| 氏名                                     |  | (セイメイ)<br>(姓)                                                                                                                                                                        |  |                                                                          |        |                             |     | 以前の登録氏名<br>(変更のある場合) |      | (セイメイ)<br>(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<br>身長・体重                           |  | 身長<br>(測定日)                                                                                                                                                                          |  | cm ( SD)                                                                 |        |                             |     | 体重<br>(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 )                                                                                                                                                                            |  |                                                                          |        |                             |     |                      |      |                       |  |                             |  |       |  |
| 症状                                     |  | 全身                                                                                                                                                                                   |  | 哺乳力低下：[ なし ・ あり ] 体重増加不良：[ なし ・ あり ] 脱水：[ なし ・ あり ]                      |        |                             |     |                      |      |                       |  |                             |  |       |  |
|                                        |  | 内分泌・代謝                                                                                                                                                                               |  | 低血糖：[ なし ・ あり ]                                                          |        |                             |     |                      |      |                       |  |                             |  |       |  |
|                                        |  | 呼吸器・循環器                                                                                                                                                                              |  | ショック：[ なし ・ あり ]                                                         |        |                             |     |                      |      |                       |  |                             |  |       |  |
|                                        |  | 消化器                                                                                                                                                                                  |  | 悪心・嘔吐：[ なし ・ あり ] アカラシア：[ なし ・ あり ]                                      |        |                             |     |                      |      |                       |  |                             |  |       |  |
|                                        |  | 皮膚・粘膜                                                                                                                                                                                |  | 色素沈着：[ なし ・ あり ]                                                         |        |                             |     |                      |      |                       |  |                             |  |       |  |
|                                        |  | 精神・神経                                                                                                                                                                                |  | 意識障害：[ なし ・ あり ・ 不明 ]<br>精神運動発達遅滞：[ なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明 ] |        |                             |     |                      |      |                       |  |                             |  |       |  |
|                                        |  | 眼                                                                                                                                                                                    |  | 無涙症：[ 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                    |  |                                                                                                                                                                                      |  |                                                                          |        |                             |     |                      |      |                       |  |                             |  |       |  |
| 症状                                     |  | 全身                                                                                                                                                                                   |  | 哺乳力低下：[ なし ・ あり ] 体重増加不良：[ なし ・ あり ] 脱水：[ なし ・ あり ]                      |        |                             |     |                      |      |                       |  |                             |  |       |  |
|                                        |  | 内分泌・代謝                                                                                                                                                                               |  | 低血糖：[ なし ・ あり ]                                                          |        |                             |     |                      |      |                       |  |                             |  |       |  |
|                                        |  | 呼吸器・循環器                                                                                                                                                                              |  | ショック：[ なし ・ あり ]                                                         |        |                             |     |                      |      |                       |  |                             |  |       |  |
|                                        |  | 消化器                                                                                                                                                                                  |  | 悪心・嘔吐：[ なし ・ あり ] アカラシア：[ なし ・ あり ]                                      |        |                             |     |                      |      |                       |  |                             |  |       |  |
|                                        |  | 皮膚・粘膜                                                                                                                                                                                |  | 色素沈着：[ なし ・ あり ]                                                         |        |                             |     |                      |      |                       |  |                             |  |       |  |
|                                        |  | 精神・神経                                                                                                                                                                                |  | 意識障害：[ なし ・ あり ・ 不明 ]<br>精神運動発達遅滞：[ なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明 ] |        |                             |     |                      |      |                       |  |                             |  |       |  |
|                                        |  | 眼                                                                                                                                                                                    |  | 無涙症：[ 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                                   |  | 血清Na：( )mEq/L 血清K：( )mEq/L 血清Cl：( )mEq/L ACTH：( )pg/mL<br>コルチゾール：( )μg/dL 血糖値（随時）：( )mg/dL<br>血漿レニン活性（PRA）：( )ng/mL/hr ・ 未実施 血漿レニン定量（活性型）：( )pg/mL ・ 未実施<br>血漿アルドステロン：( )pg/mL ・ 未実施 |  |                                                                          |        |                             |     |                      |      |                       |  |                             |  |       |  |
| 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 )<br>所見：( )                                                                                                                          |  |                                                                          |        |                             |     |                      |      |                       |  |                             |  |       |  |
| 遺伝学的検査                                 |  | 遺伝子検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )<br>所見：( )                                                                                                                                           |  |                                                                          |        |                             |     |                      |      |                       |  |                             |  |       |  |
| 検査所見（申請時） ※直近の状況を記載                    |  |                                                                                                                                                                                      |  |                                                                          |        |                             |     |                      |      |                       |  |                             |  |       |  |
| 血液検査                                   |  | 血清Na：( )mEq/L 血清K：( )mEq/L 血清Cl：( )mEq/L ACTH：( )pg/mL<br>コルチゾール：( )μg/dL 血糖値（随時）：( )mg/dL<br>血漿レニン活性（PRA）：( )ng/mL/hr ・ 未実施 血漿レニン定量（活性型）：( )pg/mL ・ 未実施<br>血漿アルドステロン：( )pg/mL ・ 未実施 |  |                                                                          |        |                             |     |                      |      |                       |  |                             |  |       |  |
| 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 )<br>所見：( )                                                                                                                          |  |                                                                          |        |                             |     |                      |      |                       |  |                             |  |       |  |



|                                         |                                                                                                                                                                                         |                                                                          |                                            |        |                             |          |                      |          |               |                       |                             |     |   |
|-----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|--------|-----------------------------|----------|----------------------|----------|---------------|-----------------------|-----------------------------|-----|---|
| 告示番号                                    |                                                                                                                                                                                         | 82                                                                       |                                            | 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                                      |                                                                                                                                                                                         | 40 先天性副腎低形成症                                                             |                                            |        |                             |          |                      |          | 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 ( )<br>資格取得年月日 年 月 日          |                                            |        |                             |          |                      |          |               |                       |                             |     |   |
| 氏名                                      |                                                                                                                                                                                         | (セイメイ)<br>(姓)                                                            |                                            |        |                             |          | 以前の登録氏名<br>(変更のある場合) |          | (セイメイ)<br>(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<br>身長・体重                            |                                                                                                                                                                                         | 身長<br>(測定日)                                                              | cm ( SD)                                   |        |                             |          | 体重<br>(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 )                                                                |                                            |        |                             |          |                      |          |               |                       |                             |     |   |
| 症状                                      | 全身                                                                                                                                                                                      | 易疲労性：[ なし ・ あり ] 哺乳力低下：[ なし ・ あり ] 体重増加不良：[ なし ・ あり ]<br>脱水：[ なし ・ あり ]  |                                            |        |                             |          |                      |          |               |                       |                             |     |   |
|                                         | 内分泌・代謝                                                                                                                                                                                  | 低血糖：[ なし ・ あり ]                                                          |                                            |        |                             |          |                      |          |               |                       |                             |     |   |
|                                         | 呼吸器・循環器                                                                                                                                                                                 | ショック：[ なし ・ あり ]                                                         |                                            |        |                             |          |                      |          |               |                       |                             |     |   |
|                                         | 消化器                                                                                                                                                                                     | 悪心・嘔吐：[ なし ・ あり ] 腹痛：[ なし ・ あり ]                                         |                                            |        |                             |          |                      |          |               |                       |                             |     |   |
|                                         | 皮膚・粘膜                                                                                                                                                                                   | 色素沈着：[ なし ・ あり ]                                                         |                                            |        |                             |          |                      |          |               |                       |                             |     |   |
|                                         | 精神・神経                                                                                                                                                                                   | 意識障害：[ なし ・ あり ・ 不明 ]<br>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)：( )                                                             |                                            |        |                             |          |                      |          |               |                       |                             |     |   |
| 臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載                    |                                                                                                                                                                                         |                                                                          |                                            |        |                             |          |                      |          |               |                       |                             |     |   |
| 症状                                      | 全身                                                                                                                                                                                      | 易疲労性：[ なし ・ あり ] 哺乳力低下：[ なし ・ あり ] 体重増加不良：[ なし ・ あり ]<br>脱水：[ なし ・ あり ]  |                                            |        |                             |          |                      |          |               |                       |                             |     |   |
|                                         | 内分泌・代謝                                                                                                                                                                                  | 低血糖：[ なし ・ あり ]                                                          |                                            |        |                             |          |                      |          |               |                       |                             |     |   |
|                                         | 呼吸器・循環器                                                                                                                                                                                 | ショック：[ なし ・ あり ]                                                         |                                            |        |                             |          |                      |          |               |                       |                             |     |   |
|                                         | 消化器                                                                                                                                                                                     | 悪心・嘔吐：[ なし ・ あり ] 腹痛：[ なし ・ あり ]                                         |                                            |        |                             |          |                      |          |               |                       |                             |     |   |
|                                         | 皮膚・粘膜                                                                                                                                                                                   | 色素沈着：[ なし ・ あり ]                                                         |                                            |        |                             |          |                      |          |               |                       |                             |     |   |
|                                         | 精神・神経                                                                                                                                                                                   | 意識障害：[ なし ・ あり ・ 不明 ]<br>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 (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                                    | 血清Na：( )mEq/L 血清K：( )mEq/L 血清Cl：( )mEq/L ACTH：( )pg/mL<br>コルチゾール：( )μg/dL 血糖値 (随時)：( )mg/dL<br>血漿レニン活性 (PRA)：( )ng/mL/hr ・ 未実施 血漿レニン定量 (活性型)：( )pg/mL ・ 未実施<br>血漿アルドステロン：( )pg/mL ・ 未実施 |                                                                          |                                            |        |                             |          |                      |          |               |                       |                             |     |   |
| 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 ) 副腎低形成：[ なし ・ あり ]                                                                                                                    |                                                                          |                                            |        |                             |          |                      |          |               |                       |                             |     |   |
| 遺伝学的検査                                  | 染色体検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )<br>所見：( )                                                                                                                                              |                                                                          |                                            |        |                             |          |                      |          |               |                       |                             |     |   |
|                                         | 遺伝子検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )<br>所見：( )                                                                                                                                              |                                                                          |                                            |        |                             |          |                      |          |               |                       |                             |     |   |
| 検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載                    |                                                                                                                                                                                         |                                                                          |                                            |        |                             |          |                      |          |               |                       |                             |     |   |
| 血液検査                                    | 血清Na：( )mEq/L 血清K：( )mEq/L 血清Cl：( )mEq/L ACTH：( )pg/mL<br>コルチゾール：( )μg/dL 血糖値 (随時)：( )mg/dL<br>血漿レニン活性 (PRA)：( )ng/mL/hr ・ 未実施 血漿レニン定量 (活性型)：( )pg/mL ・ 未実施<br>血漿アルドステロン：( )pg/mL ・ 未実施 |                                                                          |                                            |        |                             |          |                      |          |               |                       |                             |     |   |



|                                         |  |                                                                                                                                                                                         |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
|-----------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------|--|----------------------|--|----------------------|--|-----------------------|--|-----------------------------|--|
| 告示番号                                    |  | 81                                                                                                                                                                                      |  | 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                                      |  | 41 グルココルチコイド抵抗症                                                                                                                                                                         |  |                                            |  |                      |  |                      |  | 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 ( )<br>資格取得年月日 年 月 日                                                                                                                         |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
| 氏名                                      |  | (セイメイ)<br>(姓)                                                                                                                                                                           |  |                                            |  |                      |  | 以前の登録氏名<br>(変更のある場合) |  | (セイメイ)<br>(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<br>身長・体重                            |  | 身長<br>(測定日)                                                                                                                                                                             |  | cm ( SD)<br>年 月 日                          |  | 体重<br>(測定日)          |  | kg ( SD)<br>年 月 日    |  | BMI                   |  |                             |  |
|                                         |  |                                                                                                                                                                                         |  |                                            |  |                      |  |                      |  | 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 )                                                                                                                                                                               |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
| 症状                                      |  | 全身                                                                                                                                                                                      |  | 易疲労性：[ なし ・ あり ] 多飲：[ なし ・ あり ]            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
|                                         |  | 内分泌・代謝                                                                                                                                                                                  |  | 思春期早発：[ なし ・ あり ] 月経異常 (女子のみ)：[ なし ・ あり ]  |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
|                                         |  | 腎・泌尿器                                                                                                                                                                                   |  | 多尿：[ なし ・ あり ]                             |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
|                                         |  | 筋・骨格                                                                                                                                                                                    |  | 筋力低下：[ なし ・ あり ]                           |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
|                                         |  | 皮膚・粘膜                                                                                                                                                                                   |  | 痤瘡：[ なし ・ あり ] 多毛症：[ なし ・ あり ]             |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
|                                         |  | 精神・神経                                                                                                                                                                                   |  | 四肢麻痺：[ なし ・ あり ・ 不明 ]                      |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
|                                         |  | その他                                                                                                                                                                                     |  | 外性器異常：[ なし ・ あり ]<br>症状 (その他)：( )          |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
| 臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載                    |  |                                                                                                                                                                                         |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
| 症状                                      |  | 全身                                                                                                                                                                                      |  | 易疲労性：[ なし ・ あり ] 多飲：[ なし ・ あり ]            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
|                                         |  | 内分泌・代謝                                                                                                                                                                                  |  | 思春期早発：[ なし ・ あり ] 月経異常 (女子のみ)：[ なし ・ あり ]  |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
|                                         |  | 腎・泌尿器                                                                                                                                                                                   |  | 多尿：[ なし ・ あり ]                             |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
|                                         |  | 筋・骨格                                                                                                                                                                                    |  | 筋力低下：[ なし ・ あり ]                           |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
|                                         |  | 皮膚・粘膜                                                                                                                                                                                   |  | 痤瘡：[ なし ・ あり ] 多毛症：[ なし ・ あり ]             |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
|                                         |  | 精神・神経                                                                                                                                                                                   |  | 四肢麻痺：[ なし ・ あり ・ 不明 ]                      |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
|                                         |  | その他                                                                                                                                                                                     |  | 外性器異常：[ なし ・ あり ]<br>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                                    |  | 血清Na：( )mEq/L 血清K：( )mEq/L 血清Cl：( )mEq/L ACTH：( )pg/mL<br>コルチゾール：( )μg/dL 血糖値 (随時)：( )mg/dL<br>血漿レニン活性 (PRA)：( )ng/mL/hr ・ 未実施 血漿レニン定量 (活性型)：( )pg/mL ・ 未実施<br>血漿アルドステロン：( )pg/mL ・ 未実施 |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
| 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 )<br>副腎腫大：[ なし ・ あり ]                                                                                                                  |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
| 遺伝学的検査                                  |  | 染色体検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )<br>所見：( )                                                                                                                                              |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
|                                         |  | 遺伝子検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )<br>所見：( )                                                                                                                                              |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
| 検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載                    |  |                                                                                                                                                                                         |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
| 血液検査                                    |  | 血清Na：( )mEq/L 血清K：( )mEq/L 血清Cl：( )mEq/L ACTH：( )pg/mL<br>コルチゾール：( )μg/dL 血糖値 (随時)：( )mg/dL<br>血漿レニン活性 (PRA)：( )ng/mL/hr ・ 未実施 血漿レニン定量 (活性型)：( )pg/mL ・ 未実施<br>血漿アルドステロン：( )pg/mL ・ 未実施 |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
| 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 )<br>副腎腫大：[ なし ・ あり ]                                                                                                                  |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |





|                                        |         |                                                                                                                                                                                                                               |  |                                            |  |                      |  |               |  |                             |  |         |  |
|----------------------------------------|---------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------|--|----------------------|--|---------------|--|-----------------------------|--|---------|--|
| 告示番号                                   |         | 85                                                                                                                                                                                                                            |  | 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                                     |         | 42 38から41までに掲げるもののほか、慢性副腎皮質機能低下症（アジソン（Addison）病を含む。）                                                                                                                                                                          |  |                                            |  |                      |  | 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（ ）<br>資格取得年月日 年 月 日                                                                                                                                                                      |  |                                            |  |                      |  |               |  |                             |  |         |  |
| 氏名                                     |         | (セイメイ)<br>(姓)                                                                                                                                                                                                                 |  |                                            |  | 以前の登録氏名<br>(変更のある場合) |  | (セイメイ)<br>(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 月 日              |  |               |  |                             |  |         |  |
| 現在の<br>身長・体重                           |         | 身長<br>(測定日)                                                                                                                                                                                                                   |  | cm ( SD)                                   |  | 体重<br>(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 |         |                                                                                                                                                                                                                               |  |                                            |  |                      |  |               |  |                             |  |         |  |
| 具体的な疾病名                                |         | ( )                                                                                                                                                                                                                           |  |                                            |  |                      |  | 最終受診日         |  | ( 年 月 日 )                   |  |         |  |
| 症状                                     | 全身      | 易疲労性：[ なし ・ あり ] 哺乳力低下：[ なし ・ あり ] 体重増加不良：[ なし ・ あり ] 脱水：[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                          |  |                                            |  |                      |  |               |  |                             |  |         |  |
|                                        | 内分泌・代謝  | 低血糖：[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                                                               |  |                                            |  |                      |  |               |  |                             |  |         |  |
|                                        | 呼吸器・循環器 | ショック：[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                                                              |  |                                            |  |                      |  |               |  |                             |  |         |  |
|                                        | 消化器     | 悪心・嘔吐：[ なし ・ あり ] 腹痛：[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                                              |  |                                            |  |                      |  |               |  |                             |  |         |  |
|                                        | 皮膚・粘膜   | 色素沈着：[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                                                              |  |                                            |  |                      |  |               |  |                             |  |         |  |
|                                        | 精神・神経   | 意識障害：[ なし ・ あり ・ 不明 ]                                                                                                                                                                                                         |  |                                            |  |                      |  |               |  |                             |  |         |  |
|                                        | その他     | 症状（その他）：( )                                                                                                                                                                                                                   |  |                                            |  |                      |  |               |  |                             |  |         |  |
| 臨床所見（申請時） ※直近の状況を記載                    |         |                                                                                                                                                                                                                               |  |                                            |  |                      |  |               |  |                             |  |         |  |
| 症状                                     | 全身      | 易疲労性：[ なし ・ あり ] 哺乳力低下：[ なし ・ あり ] 体重増加不良：[ なし ・ あり ] 脱水：[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                          |  |                                            |  |                      |  |               |  |                             |  |         |  |
|                                        | 内分泌・代謝  | 低血糖：[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                                                               |  |                                            |  |                      |  |               |  |                             |  |         |  |
|                                        | 呼吸器・循環器 | ショック：[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                                                              |  |                                            |  |                      |  |               |  |                             |  |         |  |
|                                        | 消化器     | 悪心・嘔吐：[ なし ・ あり ] 腹痛：[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                                              |  |                                            |  |                      |  |               |  |                             |  |         |  |
|                                        | 皮膚・粘膜   | 色素沈着：[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                                                              |  |                                            |  |                      |  |               |  |                             |  |         |  |
|                                        | 精神・神経   | 意識障害：[ なし ・ あり ・ 不明 ]                                                                                                                                                                                                         |  |                                            |  |                      |  |               |  |                             |  |         |  |
|                                        | 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                                   |         | 血清Na：( )mEq/L 血清K：( )mEq/L 血清Cl：( )mEq/L ACTH：( )pg/mL<br>コルチゾール：( )μg/dL DHEA-S：( )ng/mL ・ μg/dL 血糖値（随時）：( )mg/dL<br>血漿レニン活性（PRA）：( )ng/mL/hr ・ 未実施 血漿レニン定量（活性型）：( )pg/mL ・ 未実施<br>血漿アルドステロン：( )pg/mL ・ 未実施 抗副腎皮質抗体：( )倍・未実施 |  |                                            |  |                      |  |               |  |                             |  |         |  |
| 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 )<br>副腎低形成：[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                        |  |                                            |  |                      |  |               |  |                             |  |         |  |
| 遺伝学的検査                                 |         | 染色体検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )<br>所見：( )                                                                                                                                                                                    |  |                                            |  |                      |  |               |  |                             |  |         |  |
|                                        |         | 遺伝子検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )<br>所見：( )                                                                                                                                                                                    |  |                                            |  |                      |  |               |  |                             |  |         |  |



|                                         |       |                                                                     |  |                                            |               |                              |                      |                   |          |                       |                             |         |   |
|-----------------------------------------|-------|---------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------|---------------|------------------------------|----------------------|-------------------|----------|-----------------------|-----------------------------|---------|---|
| 告示番号                                    |       | 1                                                                   |  | 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                                      |       | 43 アルドステロン症                                                         |  |                                            |               |                              |                      |                   | 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 ( )<br>資格取得年月日 年 月 日     |  |                                            |               |                              |                      |                   |          |                       |                             |         |   |
| 氏名                                      |       | (セイメイ)<br>(姓)                                                       |  |                                            |               | 以前の登録氏名<br>(変更のある場合)         |                      | (セイメイ)<br>(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<br>身長・体重                            |       | 身長<br>(測定日)                                                         |  | cm ( SD)<br>年 月 日                          |               | 体重<br>(測定日)                  |                      | kg ( SD)<br>年 月 日 |          | BMI                   |                             |         |   |
|                                         |       |                                                                     |  |                                            |               |                              |                      |                   |          | 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 )                                                           |  |                                            |               |                              |                      |                   |          |                       |                             |         |   |
| 身体所見                                    |       | 血圧：収縮期：( )mmHg 拡張期：( )mmHg 実施日：( 年 月 日 )                            |  |                                            |               |                              |                      |                   |          |                       |                             |         |   |
| 症状                                      | 全身    | 多飲：[ なし ・ あり ]                                                      |  |                                            |               |                              |                      |                   |          |                       |                             |         |   |
|                                         | 腎・泌尿器 | 多尿：[ なし ・ あり ]                                                      |  |                                            |               |                              |                      |                   |          |                       |                             |         |   |
|                                         | 消化器   | 悪心・嘔吐：[ なし ・ あり ]                                                   |  |                                            |               |                              |                      |                   |          |                       |                             |         |   |
|                                         | 筋・骨格  | 筋力低下：[ なし ・ あり ]                                                    |  |                                            |               |                              |                      |                   |          |                       |                             |         |   |
|                                         | 精神・神経 | 頭痛：[ なし ・ あり ]                                                      |  |                                            |               | 四肢麻痺：[ なし ・ あり ・ 不明 ]        |                      |                   |          | しびれ：[ 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                    |       |                                                                     |  |                                            |               |                              |                      |                   |          |                       |                             |         |   |
| 身体所見                                    |       | 血圧：収縮期：( )mmHg 拡張期：( )mmHg 実施日：( 年 月 日 )                            |  |                                            |               |                              |                      |                   |          |                       |                             |         |   |
| 症状                                      | 全身    | 多飲：[ なし ・ あり ]                                                      |  |                                            |               |                              |                      |                   |          |                       |                             |         |   |
|                                         | 腎・泌尿器 | 多尿：[ なし ・ あり ]                                                      |  |                                            |               |                              |                      |                   |          |                       |                             |         |   |
|                                         | 消化器   | 悪心・嘔吐：[ なし ・ あり ]                                                   |  |                                            |               |                              |                      |                   |          |                       |                             |         |   |
|                                         | 筋・骨格  | 筋力低下：[ なし ・ あり ]                                                    |  |                                            |               |                              |                      |                   |          |                       |                             |         |   |
|                                         | 精神・神経 | 頭痛：[ なし ・ あり ]                                                      |  |                                            |               | 四肢麻痺：[ なし ・ あり ・ 不明 ]        |                      |                   |          | しびれ：[ 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 |       |                                                                     |  |                                            |               |                              |                      |                   |          |                       |                             |         |   |
| 尿検査                                     |       | 尿中アルドステロン：( )μg/day                                                 |  |                                            |               |                              |                      |                   |          |                       |                             |         |   |
| 血液検査                                    |       | 血清Na：( )mEq/L                                                       |  | 血清K：( )mEq/L                               |               | 血清Cl：( )mEq/L                |                      | BUN：( )mg/dL      |          |                       |                             |         |   |
|                                         |       | 血清クレアチニン：( )mg/dL                                                   |  |                                            |               |                              |                      |                   |          |                       |                             |         |   |
|                                         |       | 血漿レニン活性 (PRA)：( )ng/mL/hr ・ 未実施                                     |  |                                            |               | 血漿レニン定量 (活性型)：( )pg/mL ・ 未実施 |                      |                   |          |                       |                             |         |   |
|                                         |       | 血漿アルドステロン：( )pg/mL ・ 未実施                                            |  |                                            |               |                              |                      |                   |          |                       |                             |         |   |
| 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 ) 副腎腺腫：[ なし ・ あり ] |  |                                            |               |                              |                      |                   |          |                       |                             |         |   |
| 検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載                    |       |                                                                     |  |                                            |               |                              |                      |                   |          |                       |                             |         |   |
| 尿検査                                     |       | 尿中アルドステロン：( )μg/day                                                 |  |                                            |               |                              |                      |                   |          |                       |                             |         |   |
| 血液検査                                    |       | 血清Na：( )mEq/L                                                       |  | 血清K：( )mEq/L                               |               | 血清Cl：( )mEq/L                |                      | BUN：( )mg/dL      |          |                       |                             |         |   |
|                                         |       | 血清クレアチニン：( )mg/dL                                                   |  |                                            |               |                              |                      |                   |          |                       |                             |         |   |
|                                         |       | 血漿レニン活性 (PRA)：( )ng/mL/hr ・ 未実施                                     |  |                                            |               | 血漿レニン定量 (活性型)：( )pg/mL ・ 未実施 |                      |                   |          |                       |                             |         |   |
|                                         |       | 血漿アルドステロン：( )pg/mL ・ 未実施                                            |  |                                            |               |                              |                      |                   |          |                       |                             |         |   |
| 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 ) 副腎腺腫：[ なし ・ あり ] |  |                                            |               |                              |                      |                   |          |                       |                             |         |   |



|                                         |       |                                                                                                                                                                                                      |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |  |
|-----------------------------------------|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------|--|----------------------|--|----------------------|--|-----------------------|--|-----------------------------|--|--|
| 告示番号                                    |       | 86                                                                                                                                                                                                   |  | 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                                      |       | 44 見かけの鉱質コルチコイド過剰症候群 (AME 症候群)                                                                                                                                                                       |  |                                            |  |                      |  |                      |  | 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 ( )<br>資格取得年月日 年 月 日                                                                                                                                      |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |  |
| 氏名                                      |       | (セイメイ)<br>(姓)                                                                                                                                                                                        |  |                                            |  |                      |  | 以前の登録氏名<br>(変更のある場合) |  | (セイメイ)<br>(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<br>身長・体重                            |       | 身長<br>(測定日)                                                                                                                                                                                          |  | cm ( SD)<br>年 月 日                          |  | 体重<br>(測定日)          |  | kg ( SD)<br>年 月 日    |  | BMI                   |  |                             |  |  |
|                                         |       |                                                                                                                                                                                                      |  |                                            |  |                      |  |                      |  | 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 )                                                                                                                                                                                            |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |  |
| 身体所見                                    |       | 血圧：収縮期：( )mmHg 拡張期：( )mmHg 実施日：( 年 月 日 )                                                                                                                                                             |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |  |
| 症状                                      | 全身    | 低身長 (−2.0SD以下)：[ なし ・ あり ] 多飲：[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                            |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |  |
|                                         | 腎・泌尿器 | 多尿：[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                                       |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |  |
|                                         | 消化器   | 悪心・嘔吐：[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                                    |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |  |
|                                         | 筋・骨格  | 筋力低下：[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                                     |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |  |
|                                         | 精神・神経 | 頭痛：[ なし ・ あり ] 四肢麻痺：[ なし ・ あり ・ 不明 ] しびれ：[ 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                    |       |                                                                                                                                                                                                      |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |  |
| 身体所見                                    |       | 血圧：収縮期：( )mmHg 拡張期：( )mmHg 実施日：( 年 月 日 )                                                                                                                                                             |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |  |
| 症状                                      | 全身    | 低身長 (−2.0SD以下)：[ なし ・ あり ] 多飲：[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                            |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |  |
|                                         | 腎・泌尿器 | 多尿：[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                                       |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |  |
|                                         | 消化器   | 悪心・嘔吐：[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                                    |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |  |
|                                         | 筋・骨格  | 筋力低下：[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                                     |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |  |
|                                         | 精神・神経 | 頭痛：[ なし ・ あり ] 四肢麻痺：[ なし ・ あり ・ 不明 ] しびれ：[ 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 |       |                                                                                                                                                                                                      |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |  |
| 尿検査                                     |       | 尿中アルドステロン：( )μg/day 尿中コルチゾール／コルチゾン代謝産物比：( )                                                                                                                                                          |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |  |
| 血液検査                                    |       | 血清Na：( )mEq/L 血清K：( )mEq/L 血清Cl：( )mEq/L BUN：( )mg/dL<br>血清クレアチニン：( )mg/dL ACTH：( )pg/mL コルチゾール：( )μg/dL<br>血漿レニン活性 (PRA)：( )ng/mL/hr ・ 未実施 血漿レニン定量 (活性型)：( )pg/mL ・ 未実施<br>血漿アルドステロン：( )pg/mL ・ 未実施 |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |  |
| 血液ガス分析                                  |       | pH：( )                                                                                                                                                                                               |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |  |
| 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 ) 副腎腺腫：[ なし ・ あり ]                                                                                                                                  |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |  |
| 遺伝学的検査                                  |       | 遺伝子検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )<br>所見：( )                                                                                                                                                           |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |  |
| 検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載                    |       |                                                                                                                                                                                                      |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |  |
| 尿検査                                     |       | 尿中アルドステロン：( )μg/day 尿中コルチゾール／コルチゾン代謝産物比：( )                                                                                                                                                          |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |  |
| 血液検査                                    |       | 血清Na：( )mEq/L 血清K：( )mEq/L 血清Cl：( )mEq/L BUN：( )mg/dL<br>血清クレアチニン：( )mg/dL ACTH：( )pg/mL コルチゾール：( )μg/dL<br>血漿レニン活性 (PRA)：( )ng/mL/hr ・ 未実施 血漿レニン定量 (活性型)：( )pg/mL ・ 未実施<br>血漿アルドステロン：( )pg/mL ・ 未実施 |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |  |

|                       |                                                                                                                                                                |
|-----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 血液ガス分析                | pH：（<br>）                                                                                                                                                      |
| 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：（<br>年<br>月<br>日 ）      副腎腺腫：[ なし ・ あり ]                                                                          |
| 遺伝学的検査                | 遺伝子検査：[ 未実施 ・ 実施 ]      実施日：（<br>年<br>月<br>日 ）<br>所見：（<br>）                                                                                                    |
| その他の所見（申請時） ※直近の状況を記載 |                                                                                                                                                                |
| 合併症                   | 合併症：[ なし ・ あり ]<br>詳細：（<br>）                                                                                                                                   |
| 出生歴                   | 子宮内発育遅延：[ なし ・ あり ]                                                                                                                                            |
| 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 ]<br>詳細：（<br>）                                                                                                                                  |
|                       | 機能抑制療法：[ なし ・ あり ]<br>詳細：（<br>）                                                                                                                                |
|                       | 薬物療法（その他）：（<br>）                                                                                                                                               |
| 手術                    | 手術：[ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ]      実施日：（<br>年<br>月<br>日 ）<br>術式：（<br>）                                                                                               |
| 治療                    | 治療（その他）：（<br>）                                                                                                                                                 |
| 今後の治療方針               | 今後の治療方針：（<br>）                                                                                                                                                 |
|                       | 治療見込み期間（入院）    開始日：（<br>年<br>月<br>日 ）    終了日：（<br>年<br>月<br>日 ）                                                                                                |
|                       | 治療見込み期間（外来）    開始日：（<br>年<br>月<br>日 ）    終了日：（<br>年<br>月<br>日 ）    通院頻度 （<br>）回／月                                                                              |
| 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) ・<br>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 ・<br>その他（<br>） |
| 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<br>年<br>月<br>日                                                                                                                                           |
| 医療機関所在地               | 診断年月日<br>年<br>月<br>日                                                                                                                                           |
| 電話番号                  | 診療科<br>医師名<br>小児慢性特定疾病 指定医番号 （<br>）                                                                                                                            |

| 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 ( )<br>被保険者番号 ( ) 被保険者個人単位校番 ( )<br>資格取得年月日 年 月 日 |      |       |

|                                         |       |                                                                     |                                            |       |                             |                       |                              |          |               |                       |                             |     |   |
|-----------------------------------------|-------|---------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|-------|-----------------------------|-----------------------|------------------------------|----------|---------------|-----------------------|-----------------------------|-----|---|
| 告示番号                                    |       | 87                                                                  |                                            | 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                                      |       | 45 リドル (Liddle) 症候群                                                 |                                            |       |                             |                       |                              |          | 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 ( )<br>資格取得年月日 年 月 日     |                                            |       |                             |                       |                              |          |               |                       |                             |     |   |
| 氏名                                      |       | (セイメイ)<br>(姓)                                                       |                                            |       |                             |                       | 以前の登録氏名<br>(変更のある場合)         |          | (セイメイ)<br>(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<br>身長・体重                            |       | 身長<br>(測定日)                                                         | cm ( SD)                                   |       |                             |                       | 体重<br>(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 )                                                           |                                            |       |                             |                       |                              |          |               |                       |                             |     |   |
| 身体所見                                    |       | 血圧：収縮期：( )mmHg 拡張期：( )mmHg 実施日：( 年 月 日 )                            |                                            |       |                             |                       |                              |          |               |                       |                             |     |   |
| 症状                                      | 全身    | 多飲：[ なし ・ あり ]                                                      |                                            |       |                             |                       |                              |          |               |                       |                             |     |   |
|                                         | 腎・泌尿器 | 多尿：[ なし ・ あり ]                                                      |                                            |       |                             |                       |                              |          |               |                       |                             |     |   |
|                                         | 消化器   | 悪心・嘔吐：[ なし ・ あり ]                                                   |                                            |       |                             |                       |                              |          |               |                       |                             |     |   |
|                                         | 筋・骨格  | 筋力低下：[ なし ・ あり ]                                                    |                                            |       |                             |                       |                              |          |               |                       |                             |     |   |
|                                         | 精神・神経 | 頭痛：[ なし ・ あり ]                                                      |                                            |       |                             | 四肢麻痺：[ なし ・ あり ・ 不明 ] |                              |          |               | しびれ：[ 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                    |       |                                                                     |                                            |       |                             |                       |                              |          |               |                       |                             |     |   |
| 身体所見                                    |       | 血圧：収縮期：( )mmHg 拡張期：( )mmHg 実施日：( 年 月 日 )                            |                                            |       |                             |                       |                              |          |               |                       |                             |     |   |
| 症状                                      | 全身    | 多飲：[ なし ・ あり ]                                                      |                                            |       |                             |                       |                              |          |               |                       |                             |     |   |
|                                         | 腎・泌尿器 | 多尿：[ なし ・ あり ]                                                      |                                            |       |                             |                       |                              |          |               |                       |                             |     |   |
|                                         | 消化器   | 悪心・嘔吐：[ なし ・ あり ]                                                   |                                            |       |                             |                       |                              |          |               |                       |                             |     |   |
|                                         | 筋・骨格  | 筋力低下：[ なし ・ あり ]                                                    |                                            |       |                             |                       |                              |          |               |                       |                             |     |   |
|                                         | 精神・神経 | 頭痛：[ なし ・ あり ]                                                      |                                            |       |                             | 四肢麻痺：[ なし ・ あり ・ 不明 ] |                              |          |               | しびれ：[ 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 |       |                                                                     |                                            |       |                             |                       |                              |          |               |                       |                             |     |   |
| 尿検査                                     |       | 尿中アルドステロン：( )μg/day                                                 |                                            |       |                             |                       |                              |          |               |                       |                             |     |   |
| 血液検査                                    |       | 血清Na：( )mEq/L 血清K：( )mEq/L 血清Cl：( )mEq/L BUN：( )mg/dL               |                                            |       |                             |                       |                              |          |               |                       |                             |     |   |
|                                         |       | 血清クレアチニン：( )mg/dL                                                   |                                            |       |                             |                       |                              |          |               |                       |                             |     |   |
|                                         |       | 血漿レニン活性 (PRA)：( )ng/mL/hr ・ 未実施                                     |                                            |       |                             |                       | 血漿レニン定量 (活性型)：( )pg/mL ・ 未実施 |          |               |                       |                             |     |   |
|                                         |       | 血漿アルドステロン：( )pg/mL ・ 未実施                                            |                                            |       |                             |                       |                              |          |               |                       |                             |     |   |
| 血液ガス分析                                  |       | pH：( )                                                              |                                            |       |                             |                       |                              |          |               |                       |                             |     |   |
| 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 ) 副腎腫瘍：[ なし ・ あり ] |                                            |       |                             |                       |                              |          |               |                       |                             |     |   |
| 遺伝学的検査                                  |       | 遺伝子検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )<br>所見：( )                          |                                            |       |                             |                       |                              |          |               |                       |                             |     |   |
| 検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載                    |       |                                                                     |                                            |       |                             |                       |                              |          |               |                       |                             |     |   |
| 尿検査                                     |       | 尿中アルドステロン：( )μg/day                                                 |                                            |       |                             |                       |                              |          |               |                       |                             |     |   |
| 血液検査                                    |       | 血清Na：( )mEq/L 血清K：( )mEq/L 血清Cl：( )mEq/L BUN：( )mg/dL               |                                            |       |                             |                       |                              |          |               |                       |                             |     |   |
|                                         |       | 血清クレアチニン：( )mg/dL                                                   |                                            |       |                             |                       |                              |          |               |                       |                             |     |   |
|                                         |       | 血漿レニン活性 (PRA)：( )ng/mL/hr ・ 未実施                                     |                                            |       |                             |                       | 血漿レニン定量 (活性型)：( )pg/mL ・ 未実施 |          |               |                       |                             |     |   |
|                                         |       | 血漿アルドステロン：( )pg/mL ・ 未実施                                            |                                            |       |                             |                       |                              |          |               |                       |                             |     |   |

|                       |                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |  |                |  |  |                 |  |  |
|-----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|----------------|--|--|-----------------|--|--|
| 血液ガス分析                | pH：（ ）                                                                                                                                                                                                                             |  |  |  |                |  |  |                 |  |  |
| 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 ）      副腎腫瘍：[ なし ・ あり ]                                                                                                                                        |  |  |  |                |  |  |                 |  |  |
| 遺伝学的検査                | 遺伝子検査：[ 未実施 ・ 実施 ]      実施日：（      年      月      日 ）<br>所見：（ ）                                                                                                                                                                     |  |  |  |                |  |  |                 |  |  |
| その他の所見（申請時） ※直近の状況を記載 |                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |  |                |  |  |                 |  |  |
| 合併症                   | 合併症：[ なし ・ あり ]<br>詳細：（ ）                                                                                                                                                                                                          |  |  |  |                |  |  |                 |  |  |
| 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 ]<br>詳細：（ ）                                                                                                                                                                                                         |  |  |  |                |  |  |                 |  |  |
|                       | 機能抑制療法：[ なし ・ あり ]<br>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 ）<br>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 ）<br>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                                                  |  |  |  |                |  |  |                 |  |  |
| 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）    ・<br>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    ・<br>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 |  |  | （      ）        |  |  |

| 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 ( )<br>被保険者番号 ( ) 被保険者個人単位枝番 ( )<br>資格取得年月日 年 月 日 |



|                                         |       |                                                                                                                                                                                                      |  |                                            |               |             |  |                      |  |                       |               |                             |  |
|-----------------------------------------|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------|---------------|-------------|--|----------------------|--|-----------------------|---------------|-----------------------------|--|
| 告示番号                                    |       | 69                                                                                                                                                                                                   |  | 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                                      |       | 46 低レニン性低アルドステロン症                                                                                                                                                                                    |  |                                            |               |             |  |                      |  | 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 ( )<br>資格取得年月日 年 月 日                                                                                                                                      |  |                                            |               |             |  |                      |  |                       |               |                             |  |
| 氏名                                      |       | (セイメイ)<br>(姓)                                                                                                                                                                                        |  |                                            |               |             |  | 以前の登録氏名<br>(変更のある場合) |  | (セイメイ)<br>(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<br>身長・体重                            |       | 身長<br>(測定日)                                                                                                                                                                                          |  | cm ( SD)<br>年 月 日                          |               | 体重<br>(測定日) |  | kg ( SD)<br>年 月 日    |  | BMI                   |               |                             |  |
|                                         |       |                                                                                                                                                                                                      |  |                                            |               |             |  |                      |  | 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 )                                                                                                                                                                                            |  |                                            |               |             |  |                      |  |                       |               |                             |  |
| 身体所見                                    |       | 血圧：収縮期：( )mmHg 拡張期：( )mmHg 実施日：( 年 月 日 )                                                                                                                                                             |  |                                            |               |             |  |                      |  |                       |               |                             |  |
| 症状                                      | 全身    | 哺乳力低下：[ なし ・ あり ] 体重増加不良：[ なし ・ あり ] 脱水：[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                  |  |                                            |               |             |  |                      |  |                       |               |                             |  |
|                                         | 消化器   | 悪心・嘔吐：[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                                    |  |                                            |               |             |  |                      |  |                       |               |                             |  |
|                                         | 皮膚・粘膜 | 色素沈着：[ 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                    |       |                                                                                                                                                                                                      |  |                                            |               |             |  |                      |  |                       |               |                             |  |
| 身体所見                                    |       | 血圧：収縮期：( )mmHg 拡張期：( )mmHg 実施日：( 年 月 日 )                                                                                                                                                             |  |                                            |               |             |  |                      |  |                       |               |                             |  |
| 症状                                      | 全身    | 哺乳力低下：[ なし ・ あり ] 体重増加不良：[ なし ・ あり ] 脱水：[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                  |  |                                            |               |             |  |                      |  |                       |               |                             |  |
|                                         | 消化器   | 悪心・嘔吐：[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                                    |  |                                            |               |             |  |                      |  |                       |               |                             |  |
|                                         | 皮膚・粘膜 | 色素沈着：[ 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 |       |                                                                                                                                                                                                      |  |                                            |               |             |  |                      |  |                       |               |                             |  |
| 尿検査                                     |       | 尿中ナトリウム：( )mEq/L 尿中アルドステロン：( )μg/day 尿中カリウム：( )mEq/L                                                                                                                                                 |  |                                            |               |             |  |                      |  |                       |               |                             |  |
| 血液検査                                    |       | 血清Na：( )mEq/L 血清K：( )mEq/L 血清Cl：( )mEq/L BUN：( )mg/dL<br>血清クレアチニン：( )mg/dL ACTH：( )pg/mL コルチゾール：( )μg/dL<br>血漿レニン活性 (PRA)：( )ng/mL/hr ・ 未実施 血漿レニン定量 (活性型)：( )pg/mL ・ 未実施<br>血漿アルドステロン：( )pg/mL ・ 未実施 |  |                                            |               |             |  |                      |  |                       |               |                             |  |
| 血液ガス分析                                  |       | pH：( )                                                                                                                                                                                               |  |                                            |               |             |  |                      |  |                       |               |                             |  |
| 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 ) 副腎過形成：[ なし ・ あり ]                                                                                                                                 |  |                                            |               |             |  |                      |  |                       |               |                             |  |
| 検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載                    |       |                                                                                                                                                                                                      |  |                                            |               |             |  |                      |  |                       |               |                             |  |
| 尿検査                                     |       | 尿中ナトリウム：( )mEq/L 尿中アルドステロン：( )μg/day 尿中カリウム：( )mEq/L                                                                                                                                                 |  |                                            |               |             |  |                      |  |                       |               |                             |  |
| 血液検査                                    |       | 血清Na：( )mEq/L 血清K：( )mEq/L 血清Cl：( )mEq/L BUN：( )mg/dL<br>血清クレアチニン：( )mg/dL ACTH：( )pg/mL コルチゾール：( )μg/dL<br>血漿レニン活性 (PRA)：( )ng/mL/hr ・ 未実施 血漿レニン定量 (活性型)：( )pg/mL ・ 未実施<br>血漿アルドステロン：( )pg/mL ・ 未実施 |  |                                            |               |             |  |                      |  |                       |               |                             |  |
| 血液ガス分析                                  |       | pH：( )                                                                                                                                                                                               |  |                                            |               |             |  |                      |  |                       |               |                             |  |
| 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 ) 副腎過形成：[ なし ・ あり ]                                                                                                                                 |  |                                            |               |             |  |                      |  |                       |               |                             |  |
| その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載                  |       |                                                                                                                                                                                                      |  |                                            |               |             |  |                      |  |                       |               |                             |  |
| 合併症                                     |       | 合併症：[ なし ・ あり ]<br>詳細：( )                                                                                                                                                                            |  |                                            |               |             |  |                      |  |                       |               |                             |  |



|                                         |  |                                                                                                                                                                                                      |  |                                                     |  |               |  |                      |  |                       |  |                             |  |   |  |
|-----------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------|--|---------------|--|----------------------|--|-----------------------|--|-----------------------------|--|---|--|
| 告示番号                                    |  | 68                                                                                                                                                                                                   |  | 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                                      |  | 47 アルドステロン合成酵素欠損症                                                                                                                                                                                    |  |                                                     |  |               |  |                      |  | 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 ( )<br>資格取得年月日 年 月 日                                                                                                                                      |  |                                                     |  |               |  |                      |  |                       |  |                             |  |   |  |
| 氏名                                      |  | (セイメイ)<br>(姓)                                                                                                                                                                                        |  |                                                     |  |               |  | 以前の登録氏名<br>(変更のある場合) |  | (セイメイ)<br>(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<br>身長・体重                            |  | 身長<br>(測定日)                                                                                                                                                                                          |  | cm ( SD)<br>年 月 日                                   |  | 体重<br>(測定日)   |  | kg ( SD)<br>年 月 日    |  |                       |  | BMI                         |  |   |  |
|                                         |  |                                                                                                                                                                                                      |  |                                                     |  |               |  |                      |  |                       |  | 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 )                                                                                                                                                                                            |  |                                                     |  |               |  |                      |  |                       |  |                             |  |   |  |
| 症<br>状                                  |  | 全身                                                                                                                                                                                                   |  | 哺乳力低下:[ なし ・ あり ] 体重増加不良:[ なし ・ あり ] 脱水:[ なし ・ あり ] |  |               |  |                      |  |                       |  |                             |  |   |  |
|                                         |  | 呼吸器・循環器                                                                                                                                                                                              |  | ショック:[ なし ・ あり ]                                    |  |               |  |                      |  |                       |  |                             |  |   |  |
|                                         |  | 消化器                                                                                                                                                                                                  |  | 悪心・嘔吐:[ なし ・ あり ]                                   |  |               |  |                      |  |                       |  |                             |  |   |  |
|                                         |  | 皮膚・粘膜                                                                                                                                                                                                |  | 色素沈着:[ 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                    |  |                                                                                                                                                                                                      |  |                                                     |  |               |  |                      |  |                       |  |                             |  |   |  |
| 症<br>状                                  |  | 全身                                                                                                                                                                                                   |  | 哺乳力低下:[ なし ・ あり ] 体重増加不良:[ なし ・ あり ] 脱水:[ なし ・ あり ] |  |               |  |                      |  |                       |  |                             |  |   |  |
|                                         |  | 呼吸器・循環器                                                                                                                                                                                              |  | ショック:[ なし ・ あり ]                                    |  |               |  |                      |  |                       |  |                             |  |   |  |
|                                         |  | 消化器                                                                                                                                                                                                  |  | 悪心・嘔吐:[ なし ・ あり ]                                   |  |               |  |                      |  |                       |  |                             |  |   |  |
|                                         |  | 皮膚・粘膜                                                                                                                                                                                                |  | 色素沈着:[ 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 |  |                                                                                                                                                                                                      |  |                                                     |  |               |  |                      |  |                       |  |                             |  |   |  |
| 尿検査                                     |  | 尿中ナトリウム:( )mEq/L 尿中アルドステロン:( )μg/day 尿中カリウム:( )mEq/L                                                                                                                                                 |  |                                                     |  |               |  |                      |  |                       |  |                             |  |   |  |
| 血液検査                                    |  | 血清Na:( )mEq/L 血清K:( )mEq/L 血清Cl:( )mEq/L BUN:( )mg/dL<br>血清クレアチニン:( )mg/dL ACTH:( )pg/mL コルチゾール:( )μg/dL<br>血漿レニン活性 (PRA):( )ng/mL/hr ・ 未実施 血漿レニン定量 (活性型):( )pg/mL ・ 未実施<br>血漿アルドステロン:( )pg/mL ・ 未実施 |  |                                                     |  |               |  |                      |  |                       |  |                             |  |   |  |
| 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 ) 副腎過形成:[ なし ・ あり ]                                                                                                                                 |  |                                                     |  |               |  |                      |  |                       |  |                             |  |   |  |
| 検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載                    |  |                                                                                                                                                                                                      |  |                                                     |  |               |  |                      |  |                       |  |                             |  |   |  |
| 尿検査                                     |  | 尿中ナトリウム:( )mEq/L 尿中アルドステロン:( )μg/day 尿中カリウム:( )mEq/L                                                                                                                                                 |  |                                                     |  |               |  |                      |  |                       |  |                             |  |   |  |
| 血液検査                                    |  | 血清Na:( )mEq/L 血清K:( )mEq/L 血清Cl:( )mEq/L BUN:( )mg/dL<br>血清クレアチニン:( )mg/dL ACTH:( )pg/mL コルチゾール:( )μg/dL<br>血漿レニン活性 (PRA):( )ng/mL/hr ・ 未実施 血漿レニン定量 (活性型):( )pg/mL ・ 未実施<br>血漿アルドステロン:( )pg/mL ・ 未実施 |  |                                                     |  |               |  |                      |  |                       |  |                             |  |   |  |
| 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 ) 副腎過形成:[ なし ・ あり ]                                                                                                                                 |  |                                                     |  |               |  |                      |  |                       |  |                             |  |   |  |
| その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載                  |  |                                                                                                                                                                                                      |  |                                                     |  |               |  |                      |  |                       |  |                             |  |   |  |
| 合併症                                     |  | 合併症:[ なし ・ あり ]<br>詳細:( )                                                                                                                                                                            |  |                                                     |  |               |  |                      |  |                       |  |                             |  |   |  |
| 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 ]<br>詳細:( )                                                                                                                                                                           |  |                                                     |  |               |  |                      |  |                       |  |                             |  |   |  |



|                                         |       |                                                                                                                                                                                                      |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |       |  |
|-----------------------------------------|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------|--|----------------------|--|----------------------|--|-----------------------|--|-----------------------------|--|-------|--|
| 告示番号                                    |       | 70                                                                                                                                                                                                   |  | 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                                      |       | 48 46及び47に掲げるもののほか、低アルドステロン症                                                                                                                                                                         |  |                                            |  |                      |  |                      |  | 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 ( )<br>資格取得年月日 年 月 日                                                                                                                                      |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |       |  |
| 氏名                                      |       | (セイメイ)<br>(姓)                                                                                                                                                                                        |  |                                            |  |                      |  | 以前の登録氏名<br>(変更のある場合) |  | (セイメイ)<br>(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<br>身長・体重                            |       | 身長<br>(測定日)                                                                                                                                                                                          |  | cm ( SD)                                   |  |                      |  | 体重<br>(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 |       |                                                                                                                                                                                                      |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |       |  |
| 具体的な疾病名                                 |       | ( )                                                                                                                                                                                                  |  |                                            |  |                      |  | 最終受診日                |  | ( 年 月 日 )             |  |                             |  |       |  |
| 身体所見                                    |       | 血圧：収縮期：( )mmHg 拡張期：( )mmHg 実施日：( 年 月 日 )                                                                                                                                                             |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |       |  |
| 症状                                      | 全身    | 哺乳力低下：[ なし ・ あり ] 体重増加不良：[ なし ・ あり ] 脱水：[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                  |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |       |  |
|                                         | 消化器   | 悪心・嘔吐：[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                                    |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |       |  |
|                                         | 皮膚・粘膜 | 色素沈着：[ 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                    |       |                                                                                                                                                                                                      |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |       |  |
| 身体所見                                    |       | 血圧：収縮期：( )mmHg 拡張期：( )mmHg 実施日：( 年 月 日 )                                                                                                                                                             |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |       |  |
| 症状                                      | 全身    | 哺乳力低下：[ なし ・ あり ] 体重増加不良：[ なし ・ あり ] 脱水：[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                  |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |       |  |
|                                         | 消化器   | 悪心・嘔吐：[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                                    |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |       |  |
|                                         | 皮膚・粘膜 | 色素沈着：[ 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 |       |                                                                                                                                                                                                      |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |       |  |
| 尿検査                                     |       | 尿中ナトリウム：( )mEq/L 尿中カリウム：( )mEq/L<br>尿中アルドステロン：( )µg/day 尿中遊離コルチゾール：( )µg/day ・ 未実施                                                                                                                   |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |       |  |
| 血液検査                                    |       | 血清Na：( )mEq/L 血清K：( )mEq/L 血清Cl：( )mEq/L BUN：( )mg/dL<br>血清クレアチニン：( )mg/dL ACTH：( )pg/mL コルチゾール：( )µg/dL<br>血漿レニン活性 (PRA)：( )ng/mL/hr ・ 未実施 血漿レニン定量 (活性型)：( )pg/mL ・ 未実施<br>血漿アルドステロン：( )pg/mL ・ 未実施 |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |       |  |
| 血液ガス分析                                  |       | pH：( )                                                                                                                                                                                               |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |       |  |
| 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 ) 副腎過形成：[ なし ・ あり ]                                                                                                                                 |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |       |  |
| 検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載                    |       |                                                                                                                                                                                                      |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |       |  |
| 尿検査                                     |       | 尿中ナトリウム：( )mEq/L 尿中カリウム：( )mEq/L<br>尿中アルドステロン：( )µg/day 尿中遊離コルチゾール：( )µg/day ・ 未実施                                                                                                                   |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |       |  |
| 血液検査                                    |       | 血清Na：( )mEq/L 血清K：( )mEq/L 血清Cl：( )mEq/L BUN：( )mg/dL<br>血清クレアチニン：( )mg/dL ACTH：( )pg/mL コルチゾール：( )µg/dL<br>血漿レニン活性 (PRA)：( )ng/mL/hr ・ 未実施 血漿レニン定量 (活性型)：( )pg/mL ・ 未実施<br>血漿アルドステロン：( )pg/mL ・ 未実施 |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |       |  |
| 血液ガス分析                                  |       | pH：( )                                                                                                                                                                                               |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |       |  |
| 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 ) 副腎過形成：[ なし ・ あり ]                                                                                                                                 |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |       |  |
| その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載                  |       |                                                                                                                                                                                                      |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |       |  |
| 合併症                                     |       | 合併症：[ なし ・ あり ]<br>詳細：( )                                                                                                                                                                            |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |       |  |



|                                         |         |                                                                                                                                                                                                      |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
|-----------------------------------------|---------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------|--|----------------------|--|----------------------|--|-----------------------|--|-----------------------------|--|
| 告示番号                                    |         | 7                                                                                                                                                                                                    |  | 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                                      |         | 49 偽性低アルドステロン症                                                                                                                                                                                       |  |                                            |  |                      |  |                      |  | 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 ( )<br>資格取得年月日 年 月 日                                                                                                                                      |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
| 氏名                                      |         | (セイメイ)<br>(姓)                                                                                                                                                                                        |  |                                            |  |                      |  | 以前の登録氏名<br>(変更のある場合) |  | (セイメイ)<br>(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<br>身長・体重                            |         | 身長<br>(測定日)                                                                                                                                                                                          |  | cm ( SD)<br>年 月 日                          |  | 体重<br>(測定日)          |  | kg ( SD)<br>年 月 日    |  | BMI                   |  |                             |  |
|                                         |         |                                                                                                                                                                                                      |  |                                            |  |                      |  |                      |  | 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 )                                                                                                                                                                                            |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
| 身体所見                                    |         | 血圧：収縮期：( )mmHg 拡張期：( )mmHg 実施日：( 年 月 日 )                                                                                                                                                             |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
| 症状                                      | 全身      | 哺乳力低下：[ なし ・ あり ] 体重増加不良：[ なし ・ あり ] 脱水：[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                  |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
|                                         | 呼吸器・循環器 | 咳：[ なし ・ あり ] 喘鳴：[ なし ・ あり ] 多呼吸：[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                         |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
|                                         | 消化器     | 悪心・嘔吐：[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                                    |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
|                                         | 筋・骨格    | 筋力低下：[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                                     |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
|                                         | 皮膚・粘膜   | 難治性湿疹：[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                                    |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
|                                         | 精神・神経   | 四肢麻痺：[ なし ・ あり ・ 不明 ]                                                                                                                                                                                |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
|                                         | その他     | 歯牙異常：[ なし ・ あり ]<br>症状 (その他)：( )                                                                                                                                                                     |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
| 臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載                    |         |                                                                                                                                                                                                      |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
| 身体所見                                    |         | 血圧：収縮期：( )mmHg 拡張期：( )mmHg 実施日：( 年 月 日 )                                                                                                                                                             |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
| 症状                                      | 全身      | 哺乳力低下：[ なし ・ あり ] 体重増加不良：[ なし ・ あり ] 脱水：[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                  |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
|                                         | 呼吸器・循環器 | 咳：[ なし ・ あり ] 喘鳴：[ なし ・ あり ] 多呼吸：[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                         |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
|                                         | 消化器     | 悪心・嘔吐：[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                                    |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
|                                         | 筋・骨格    | 筋力低下：[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                                     |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
|                                         | 皮膚・粘膜   | 難治性湿疹：[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                                    |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
|                                         | 精神・神経   | 四肢麻痺：[ なし ・ あり ・ 不明 ]                                                                                                                                                                                |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
|                                         | その他     | 歯牙異常：[ なし ・ あり ]<br>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 |         |                                                                                                                                                                                                      |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
| 尿検査                                     |         | 尿中ナトリウム：( )mEq/L 尿中カリウム：( )mEq/L                                                                                                                                                                     |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
| 血液検査                                    |         | 血清Na：( )mEq/L 血清K：( )mEq/L 血清Cl：( )mEq/L BUN：( )mg/dL<br>血清クレアチニン：( )mg/dL ACTH：( )pg/mL コルチゾール：( )μg/dL<br>血漿レニン活性 (PRA)：( )ng/mL/hr ・ 未実施 血漿レニン定量 (活性型)：( )pg/mL ・ 未実施<br>血漿アルドステロン：( )pg/mL ・ 未実施 |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
| 血液ガス分析                                  |         | pH：( )                                                                                                                                                                                               |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
| 病理検査                                    |         | 唾液中Na：( )mEq/L ・ 未実施                                                                                                                                                                                 |  |                                            |  |                      |  | 唾液中Cl：( )mEq/L ・ 未実施 |  |                       |  |                             |  |
|                                         |         | 汗中Na：( )mEq/L ・ 未実施                                                                                                                                                                                  |  |                                            |  |                      |  | 汗中Cl：( )mEq/L ・ 未実施  |  |                       |  |                             |  |
| 遺伝学的検査                                  |         | 遺伝子検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )<br>所見：( )                                                                                                                                                           |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |

| 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 ( )<br>被保険者番号 ( ) 被保険者個人単位枝番 ( )<br>資格取得年月日 年 月 日 |



|                                         |        |                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                            |        |                             |          |                      |          |               |                       |                             |     |   |
|-----------------------------------------|--------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|--------|-----------------------------|----------|----------------------|----------|---------------|-----------------------|-----------------------------|-----|---|
| 告示番号                                    |        | 61                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                            | 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                                      |        | 50 リポイド副腎過形成症                                                                                                                                                                                                                                                        |                                            |        |                             |          |                      |          | 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 ( )<br>資格取得年月日 年 月 日                                                                                                                                                                                                      |                                            |        |                             |          |                      |          |               |                       |                             |     |   |
| 氏名                                      |        | (セイメイ)<br>(姓)                                                                                                                                                                                                                                                        |                                            |        |                             |          | 以前の登録氏名<br>(変更のある場合) |          | (セイメイ)<br>(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<br>身長・体重                            |        | 身長<br>(測定日)                                                                                                                                                                                                                                                          | cm ( SD)                                   |        |                             |          | 体重<br>(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 )                                                                                                                                                                                                                                                            |                                            |        |                             |          |                      |          |               |                       |                             |     |   |
| 症状                                      | 全身     | 哺乳力低下:[ なし ・ あり ] 体重増加不良:[ なし ・ あり ] 脱水:[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                                                                  |                                            |        |                             |          |                      |          |               |                       |                             |     |   |
|                                         | 内分泌・代謝 | 低血糖:[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                                                                                                      |                                            |        |                             |          |                      |          |               |                       |                             |     |   |
|                                         | 消化器    | 悪心・嘔吐:[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                                                                                                    |                                            |        |                             |          |                      |          |               |                       |                             |     |   |
|                                         | 皮膚・粘膜  | 色素沈着:[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                                                                                                     |                                            |        |                             |          |                      |          |               |                       |                             |     |   |
|                                         | その他    | 外性器異常:[ なし ・ あり ]<br>詳細:( )                                                                                                                                                                                                                                          |                                            |        |                             |          |                      |          |               |                       |                             |     |   |
|                                         |        | 症状 (その他):( )                                                                                                                                                                                                                                                         |                                            |        |                             |          |                      |          |               |                       |                             |     |   |
| 臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載                    |        |                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                            |        |                             |          |                      |          |               |                       |                             |     |   |
| 症状                                      | 全身     | 哺乳力低下:[ なし ・ あり ] 体重増加不良:[ なし ・ あり ] 脱水:[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                                                                  |                                            |        |                             |          |                      |          |               |                       |                             |     |   |
|                                         | 内分泌・代謝 | 低血糖:[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                                                                                                      |                                            |        |                             |          |                      |          |               |                       |                             |     |   |
|                                         | 消化器    | 悪心・嘔吐:[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                                                                                                    |                                            |        |                             |          |                      |          |               |                       |                             |     |   |
|                                         | 皮膚・粘膜  | 色素沈着:[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                                                                                                     |                                            |        |                             |          |                      |          |               |                       |                             |     |   |
|                                         | その他    | 外性器異常:[ なし ・ あり ]<br>詳細:( )                                                                                                                                                                                                                                          |                                            |        |                             |          |                      |          |               |                       |                             |     |   |
|                                         |        | 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                                    |        | 血清Na:( )mEq/L 血清K:( )mEq/L 血清Cl:( )mEq/L BUN:( )mg/dL<br>血清クレアチニン:( )mg/dL ACTH:( )pg/mL コルチゾール:( )μg/dL<br>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<br>血漿レニン活性 (PRA):( )ng/mL/hr ・ 未実施 血漿レニン定量 (活性型):( )pg/mL ・ 未実施<br>血漿アルドステロン:( )pg/mL ・ 未実施 |                                            |        |                             |          |                      |          |               |                       |                             |     |   |
|                                         |        | 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 ) 副腎過形成:[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                                            |                                            |        |                             |          |                      |          |               |                       |                             |     |   |
|                                         |        | 遺伝学的検査 染色体検査:[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日:( 年 月 日 )<br>所見:( )<br>遺伝子検査:[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日:( 年 月 日 )<br>所見:( )                                                                                                                                                                      |                                            |        |                             |          |                      |          |               |                       |                             |     |   |
|                                         |        |                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                            |        |                             |          |                      |          |               |                       |                             |     |   |
|                                         |        | 検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載                                                                                                                                                                                                                                                 |                                            |        |                             |          |                      |          |               |                       |                             |     |   |
| 血液検査                                    |        | 血清Na:( )mEq/L 血清K:( )mEq/L 血清Cl:( )mEq/L BUN:( )mg/dL<br>血清クレアチニン:( )mg/dL ACTH:( )pg/mL コルチゾール:( )μg/dL<br>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<br>血漿レニン活性 (PRA):( )ng/mL/hr ・ 未実施 血漿レニン定量 (活性型):( )pg/mL ・ 未実施<br>血漿アルドステロン:( )pg/mL ・ 未実施 |                                            |        |                             |          |                      |          |               |                       |                             |     |   |



|                                         |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |  |
|-----------------------------------------|--------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------|--|----------------------|--|----------------------|--|-----------------------|--|-----------------------------|--|--|
| 告示番号                                    |        | 57                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  | 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                                      |        | 51 3β-ヒドロキシステロイド脱水素酵素欠損症                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                            |  |                      |  |                      |  | 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 ( )<br>資格取得年月日 年 月 日                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |  |
| 氏名                                      |        | (セイメイ)<br>(姓)                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                            |  |                      |  | 以前の登録氏名<br>(変更のある場合) |  | (セイメイ)<br>(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<br>身長・体重                            |        | 身長<br>(測定日)                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  | cm ( SD)<br>年 月 日                          |  | 体重<br>(測定日)          |  | kg ( SD)<br>年 月 日    |  | BMI                   |  |                             |  |  |
|                                         |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                                            |  |                      |  |                      |  | 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 )                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |  |
| 診断                                      |        | 新生児マス・スクリーニングで発見：[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |  |
| 症状                                      | 全身     | 哺乳力低下：[ なし ・ あり ] 体重増加不良：[ なし ・ あり ] 脱水：[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |  |
|                                         | 内分泌・代謝 | 低血糖：[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |  |
|                                         | 消化器    | 悪心・嘔吐：[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |  |
|                                         | 皮膚・粘膜  | 色素沈着：[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |  |
|                                         | その他    | 外性器異常：[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |  |
|                                         |        | 詳細：( )                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |  |
| 臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載                    |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |  |
| 症状                                      | 全身     | 哺乳力低下：[ なし ・ あり ] 体重増加不良：[ なし ・ あり ] 脱水：[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |  |
|                                         | 内分泌・代謝 | 低血糖：[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |  |
|                                         | 消化器    | 悪心・嘔吐：[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |  |
|                                         | 皮膚・粘膜  | 色素沈着：[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |  |
|                                         | その他    | 外性器異常：[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |  |
|                                         |        | 詳細：( )                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |  |
| 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                                    |        | ACTH負荷試験：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |  |
|                                         |        | コルチゾール基礎値：( )μg/dL コルチゾール頂値：( )μg/dL<br>プレグネロン基礎値：( )ng/mL プレグネロン頂値：( )ng/mL<br>プロゲステロン基礎値：( )ng/mL プロゲステロン頂値：( )ng/mL<br>17-OHプレグネロン基礎値：( )ng/mL 17-OHプレグネロン基礎値頂値：( )ng/mL<br>17-OHプロゲステロン基礎値：( )ng/mL 17-OHプロゲステロン頂値：( )ng/mL<br>DHEA基礎値：( )ng/mL DHEA頂値：( )ng/mL<br>アンドロステンジオン基礎値：( )ng/mL アンドロステンジオン頂値：( )ng/mL |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |  |
| 血液検査                                    |        | 血清Na：( )mEq/L 血清K：( )mEq/L 血清Cl：( )mEq/L BUN：( )mg/dL<br>血清クレアチニン：( )mg/dL ACTH：( )pg/mL DHEA-S：( )ng/mL ・ μg/dL<br>血漿レニン活性 (PRA)：( )ng/mL/hr ・ 未実施 血漿レニン定量 (活性型)：( )pg/mL ・ 未実施<br>血漿アルドステロン：( )pg/mL ・ 未実施                                                                                                        |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |  |
| 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 ) 副腎過形成：[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                                                                                                |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |  |
| 遺伝学的検査                                  |        | 染色体検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |  |
|                                         |        | 所見：( )                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |  |
| 遺伝学的検査                                  |        | 遺伝子検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |  |
|                                         |        | 所見：( )                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |  |





|                                         |  |                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
|-----------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------|--|-----------------------------|--|----------------------|--|-----------------------|--|-----------------------------|--|---------------|--|---|--|
| 告示番号                                    |  | 56                                                                                                                                                                                                                                                                     |  | 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                                      |  | 52 11β-水酸化酵素欠損症                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                            |  |                             |  |                      |  | 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 ( )<br>資格取得年月日 年 月 日                                                                                                                                                                                                        |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
| 氏名                                      |  | (セイメイ)<br>(姓)                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                            |  |                             |  | 以前の登録氏名<br>(変更のある場合) |  | (セイメイ)<br>(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<br>身長・体重                            |  | 身長<br>(測定日)                                                                                                                                                                                                                                                            |  | cm ( SD)                                   |  |                             |  | 体重<br>(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 )                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
| 診断                                      |  | 新生児マス・スクリーニングで発見：[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
| 身体所見                                    |  | 血圧：収縮期：( )mmHg 拡張期：( )mmHg 実施日：( 年 月 日 )                                                                                                                                                                                                                               |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
| 症状                                      |  | 内分泌・代謝                                                                                                                                                                                                                                                                 |  | 思春期早発：[ なし ・ あり ]                          |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
|                                         |  | その他                                                                                                                                                                                                                                                                    |  | 外性器異常：[ なし ・ あり ]<br>詳細：( )                |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
|                                         |  |                                                                                                                                                                                                                                                                        |  | 症状 (その他)：( )                               |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
| 臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載                    |  |                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
| 身体所見                                    |  | 血圧：収縮期：( )mmHg 拡張期：( )mmHg 実施日：( 年 月 日 )                                                                                                                                                                                                                               |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
| 症状                                      |  | 内分泌・代謝                                                                                                                                                                                                                                                                 |  | 思春期早発：[ なし ・ あり ]                          |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
|                                         |  | その他                                                                                                                                                                                                                                                                    |  | 外性器異常：[ なし ・ あり ]<br>詳細：( )                |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
|                                         |  |                                                                                                                                                                                                                                                                        |  | 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                                    |  | ACTH負荷試験：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )<br>デオキシコルチコステロン基礎値：( )ng/mL デオキシコルチコステロン頂値：( )ng/mL<br>11-デオキシコルチゾール基礎値：( )ng/mL 11-デオキシコルチゾール頂値：( )ng/mL                                                                                                                          |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
|                                         |  |                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
| 血液検査                                    |  | 血清Na：( )mEq/L 血清K：( )mEq/L 血清Cl：( )mEq/L BUN：( )mg/dL<br>血清クレアチニン：( )mg/dL ACTH：( )pg/mL コルチゾール：( )μg/dL<br>テストステロン：( )ng/mL ・ ng/dL DHEA-S：( )ng/mL ・ μg/dL DHEA：( )ng/mL<br>血漿レニン活性 (PRA)：( )ng/mL/hr ・ 未実施 血漿レニン定量 (活性型)：( )pg/mL ・ 未実施<br>血漿アルドステロン：( )pg/mL ・ 未実施 |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
| 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 ) 副腎過形成：[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                                                   |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
| 遺伝学的検査                                  |  | 染色体検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )<br>所見：( )                                                                                                                                                                                                                             |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
|                                         |  | 遺伝子検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )<br>所見：( )                                                                                                                                                                                                                             |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
| 検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載                    |  |                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
| 負荷試験                                    |  | ACTH負荷試験：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )<br>デオキシコルチコステロン基礎値：( )ng/mL デオキシコルチコステロン頂値：( )ng/mL<br>11-デオキシコルチゾール基礎値：( )ng/mL 11-デオキシコルチゾール頂値：( )ng/mL                                                                                                                          |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
| 血液検査                                    |  | 血清Na：( )mEq/L 血清K：( )mEq/L 血清Cl：( )mEq/L BUN：( )mg/dL<br>血清クレアチニン：( )mg/dL ACTH：( )pg/mL コルチゾール：( )μg/dL<br>テストステロン：( )ng/mL ・ ng/dL DHEA-S：( )ng/mL ・ μg/dL DHEA：( )ng/mL<br>血漿レニン活性 (PRA)：( )ng/mL/hr ・ 未実施 血漿レニン定量 (活性型)：( )pg/mL ・ 未実施<br>血漿アルドステロン：( )pg/mL ・ 未実施 |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
| 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 ) 副腎過形成：[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                                                   |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |



|                                         |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                            |               |             |                      |          |               |                       |                             |         |  |
|-----------------------------------------|--------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------|---------------|-------------|----------------------|----------|---------------|-----------------------|-----------------------------|---------|--|
| 告示番号                                    |        | 58                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | 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                                      |        | 53 17α-水酸化酵素欠損症                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                            |               |             |                      |          | 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 ( )<br>資格取得年月日 年 月 日                                                                                                                                                                                                                              |  |                                            |               |             |                      |          |               |                       |                             |         |  |
| 氏名                                      |        | (セイメイ)<br>(姓)                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                                            |               |             | 以前の登録氏名<br>(変更のある場合) |          | (セイメイ)<br>(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 月 日     |                      |          |               |                       |                             |         |  |
| 現在の<br>身長・体重                            |        | 身長<br>(測定日)                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  | cm ( SD)                                   |               | 体重<br>(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 )                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                            |               |             |                      |          |               |                       |                             |         |  |
| 身体所見                                    |        | 血圧：収縮期：( )mmHg 拡張期：( )mmHg 実施日：( 年 月 日 )                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                                            |               |             |                      |          |               |                       |                             |         |  |
| 症状                                      | 内分泌・代謝 | 二次性徴の欠如：[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                            |               |             |                      |          |               |                       |                             |         |  |
|                                         | 筋・骨格   | 筋力低下：[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                                            |               |             |                      |          |               |                       |                             |         |  |
|                                         | その他    | 外性器異常：[ なし ・ あり ]<br>詳細：( )                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                            |               |             |                      |          |               |                       |                             |         |  |
|                                         |        | 症状 (その他)：( )                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                            |               |             |                      |          |               |                       |                             |         |  |
| 臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載                    |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                            |               |             |                      |          |               |                       |                             |         |  |
| 身体所見                                    |        | 血圧：収縮期：( )mmHg 拡張期：( )mmHg 実施日：( 年 月 日 )                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                                            |               |             |                      |          |               |                       |                             |         |  |
| 症状                                      | 内分泌・代謝 | 二次性徴の欠如：[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                            |               |             |                      |          |               |                       |                             |         |  |
|                                         | 筋・骨格   | 筋力低下：[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                                            |               |             |                      |          |               |                       |                             |         |  |
|                                         | その他    | 外性器異常：[ なし ・ あり ]<br>詳細：( )                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                            |               |             |                      |          |               |                       |                             |         |  |
|                                         |        | 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                                    |        | ACTH負荷試験：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )<br>デオキシコルチコステロン基礎値：( )ng/mL デオキシコルチコステロン頂値：( )ng/mL<br>コルチコステロン基礎値：( )ng/mL コルチコステロン頂値：( )ng/mL                                                                                                                                                          |  |                                            |               |             |                      |          |               |                       |                             |         |  |
| 血液検査                                    |        | 血清Na：( )mEq/L 血清K：( )mEq/L 血清Cl：( )mEq/L BUN：( )mg/dL<br>血清クレアチニン：( )mg/dL ACTH：( )pg/mL コルチゾール：( )μg/dL<br>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<br>血漿レニン活性 (PRA)：( )ng/mL/hr ・ 未実施 血漿レニン定量 (活性型)：( )pg/mL ・ 未実施<br>血漿アルドステロン：( )pg/mL ・ 未実施 |  |                                            |               |             |                      |          |               |                       |                             |         |  |
| 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 ) 副腎過形成：[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                                                                         |  |                                            |               |             |                      |          |               |                       |                             |         |  |
| 遺伝学的検査                                  |        | 染色体検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )<br>所見：( )                                                                                                                                                                                                                                                   |  |                                            |               |             |                      |          |               |                       |                             |         |  |
|                                         |        | 遺伝子検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )<br>所見：( )                                                                                                                                                                                                                                                   |  |                                            |               |             |                      |          |               |                       |                             |         |  |
| 検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載                    |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                            |               |             |                      |          |               |                       |                             |         |  |
| 負荷試験                                    |        | ACTH負荷試験：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )<br>デオキシコルチコステロン基礎値：( )ng/mL デオキシコルチコステロン頂値：( )ng/mL<br>コルチコステロン基礎値：( )ng/mL コルチコステロン頂値：( )ng/mL                                                                                                                                                          |  |                                            |               |             |                      |          |               |                       |                             |         |  |
| 血液検査                                    |        | 血清Na：( )mEq/L 血清K：( )mEq/L 血清Cl：( )mEq/L BUN：( )mg/dL<br>血清クレアチニン：( )mg/dL ACTH：( )pg/mL コルチゾール：( )μg/dL<br>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<br>血漿レニン活性 (PRA)：( )ng/mL/hr ・ 未実施 血漿レニン定量 (活性型)：( )pg/mL ・ 未実施<br>血漿アルドステロン：( )pg/mL ・ 未実施 |  |                                            |               |             |                      |          |               |                       |                             |         |  |





|                                         |        |                                                                                                                                                                                                      |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
|-----------------------------------------|--------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------|--|-----------------------------|--|----------------------|--|-----------------------|--|-----------------------------|--|---------------|--|---|--|
| 告示番号                                    |        | 59                                                                                                                                                                                                   |  | 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                                      |        | 54 21-水酸化酵素欠損症                                                                                                                                                                                       |  |                                            |  |                             |  |                      |  | 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 ( )<br>資格取得年月日 年 月 日                                                                                                                                      |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
| 氏名                                      |        | (セイメイ)<br>(姓)                                                                                                                                                                                        |  |                                            |  |                             |  | 以前の登録氏名<br>(変更のある場合) |  | (セイメイ)<br>(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<br>身長・体重                            |        | 身長<br>(測定日)                                                                                                                                                                                          |  | cm ( SD)                                   |  |                             |  | 体重<br>(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 )                                                                                                                                                                                            |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
| 診断                                      |        | 新生児マス・スクリーニングで発見：[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                         |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
| 症状                                      | 全身     | 哺乳力低下：[ なし ・ あり ] 体重増加不良：[ なし ・ あり ] 脱水：[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                  |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
|                                         | 内分泌・代謝 | 思春期早発：[ なし ・ あり ] 低血糖：[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                    |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
|                                         | 消化器    | 悪心・嘔吐：[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                                    |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
|                                         | 皮膚・粘膜  | 痤瘡：[ なし ・ あり ] 多毛症：[ なし ・ あり ] 色素沈着：[ なし ・ あり ] 早発恥毛：[ なし ・ あり ]                                                                                                                                     |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
|                                         | その他    | 外性器異常：[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                                    |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
|                                         |        | 詳細：( )                                                                                                                                                                                               |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
| 症状 (その他)：( )                            |        |                                                                                                                                                                                                      |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
| 臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載                    |        |                                                                                                                                                                                                      |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
| 症状                                      | 全身     | 哺乳力低下：[ なし ・ あり ] 体重増加不良：[ なし ・ あり ] 脱水：[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                  |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
|                                         | 内分泌・代謝 | 思春期早発：[ なし ・ あり ] 低血糖：[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                    |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
|                                         | 消化器    | 悪心・嘔吐：[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                                    |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
|                                         | 皮膚・粘膜  | 痤瘡：[ なし ・ あり ] 多毛症：[ なし ・ あり ] 色素沈着：[ なし ・ あり ] 早発恥毛：[ なし ・ あり ]                                                                                                                                     |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
|                                         | その他    | 外性器異常：[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                                    |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
|                                         |        | 詳細：( )                                                                                                                                                                                               |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
| 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                                    |        | ACTH負荷試験：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )<br>17-OH プロゲステロン基礎値：( )ng/mL 17-OH プロゲステロン頂値：( )ng/mL<br>デオキシコルチコステロン基礎値：( )ng/mL デオキシコルチコステロン頂値：( )ng/mL                                                        |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
| 血液検査                                    |        | 血清Na：( )mEq/L 血清K：( )mEq/L 血清Cl：( )mEq/L BUN：( )mg/dL<br>血清クレアチニン：( )mg/dL ACTH：( )pg/mL コルチゾール：( )μg/dL<br>血漿レニン活性 (PRA)：( )ng/mL/hr ・ 未実施 血漿レニン定量 (活性型)：( )pg/mL ・ 未実施<br>血漿アルドステロン：( )pg/mL ・ 未実施 |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
| 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 ) 副腎過形成：[ なし ・ あり ]                                                                                                                                 |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
| 遺伝学的検査                                  |        | 染色体検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )<br>所見：( )                                                                                                                                                           |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
|                                         |        | 遺伝子検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )<br>所見：( )                                                                                                                                                           |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
| 検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載                    |        |                                                                                                                                                                                                      |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
| 負荷試験                                    |        | ACTH負荷試験：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )<br>17-OH プロゲステロン基礎値：( )ng/mL 17-OH プロゲステロン頂値：( )ng/mL<br>デオキシコルチコステロン基礎値：( )ng/mL デオキシコルチコステロン頂値：( )ng/mL                                                        |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |



|                                         |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                            |  |                             |  |                                   |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
|-----------------------------------------|--------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------|--|-----------------------------|--|-----------------------------------|--|-----------------------|--|-----------------------------|--|---------------|--|---|--|
| 告示番号                                    |        | 60                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  | 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                                      |        | 55 P450酸化還元酵素欠損症                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                            |  |                             |  |                                   |  | 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 ( )<br>資格取得年月日 年 月 日                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                            |  |                             |  |                                   |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
| 氏名                                      |        | (セイメイ)<br>(姓)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                            |  |                             |  | 以前の登録氏名<br>(変更のある場合)              |  | (セイメイ)<br>(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<br>身長・体重                            |        | 身長<br>(測定日)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  | cm ( SD)                                   |  |                             |  | 体重<br>(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 )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                            |  |                             |  |                                   |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
| 診断                                      |        | 新生児マス・スクリーニングで発見：[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                                            |  |                             |  |                                   |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
| 症状                                      | 内分泌・代謝 | 二次性徴の欠如：[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                            |  |                             |  |                                   |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
|                                         | 筋・骨格   | 関節拘縮：[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                            |  |                             |  | くも状指：[ なし ・ あり ]                  |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
|                                         | 皮膚・粘膜  | 色素沈着：[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                            |  |                             |  |                                   |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
|                                         | その他    | 外性器異常：[ なし ・ あり ]<br>詳細：( )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                                            |  |                             |  |                                   |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
|                                         |        | 頭蓋骨癒合症：[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                            |  |                             |  | 顔面低形成：[ なし ・ あり ]<br>症状 (その他)：( ) |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
| 臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載                    |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                            |  |                             |  |                                   |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
| 症状                                      | 内分泌・代謝 | 二次性徴の欠如：[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                            |  |                             |  |                                   |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
|                                         | 筋・骨格   | 関節拘縮：[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                            |  |                             |  | くも状指：[ なし ・ あり ]                  |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
|                                         | 皮膚・粘膜  | 色素沈着：[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                            |  |                             |  |                                   |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
|                                         | その他    | 外性器異常：[ なし ・ あり ]<br>詳細：( )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                                            |  |                             |  |                                   |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
|                                         |        | 頭蓋骨癒合症：[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                            |  |                             |  | 顔面低形成：[ なし ・ あり ]<br>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                                    |        | ACTH負荷試験：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )<br>コルチゾール基礎値：( )μg/dL コルチゾール頂値：( )μg/dL<br>プレグネロン基礎値：( )ng/mL プレグネロン頂値：( )ng/mL<br>プロゲステロン基礎値：( )ng/mL プロゲステロン頂値：( )ng/mL<br>17-OHプレグネロン基礎値：( )ng/mL 17-OHプレグネロン基礎値頂値：( )ng/mL<br>17-OHプロゲステロン基礎値：( )ng/mL 17-OHプロゲステロン頂値：( )ng/mL<br>DHEA基礎値：( )ng/mL DHEA頂値：( )ng/mL<br>アンドロステンジオン基礎値：( )ng/mL アンドロステンジオン頂値：( )ng/mL |  |                                            |  |                             |  |                                   |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
|                                         |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                            |  |                             |  |                                   |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
| 血液検査                                    |        | 血清Na：( )mEq/L 血清K：( )mEq/L 血清Cl：( )mEq/L BUN：( )mg/dL<br>血清クレアチニン：( )mg/dL ACTH：( )pg/mL<br>血漿レニン活性 (PRA)：( )ng/mL/hr ・ 未実施 血漿レニン定量 (活性型)：( )pg/mL ・ 未実施<br>血漿アルドステロン：( )pg/mL ・ 未実施                                                                                                                                                                       |  |                                            |  |                             |  |                                   |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
| 遺伝学的検査                                  |        | 染色体検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )<br>所見：( )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                            |  |                             |  |                                   |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
|                                         |        | 遺伝子検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )<br>所見：( )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                            |  |                             |  |                                   |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |





|                                         |         |                                                                 |  |                                            |  |                             |  |                            |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
|-----------------------------------------|---------|-----------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------|--|-----------------------------|--|----------------------------|--|-----------------------|--|-----------------------------|--|---------------|--|---|--|
| 告示番号                                    |         | 62                                                              |  | 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                                      |         | 56 50から55までに掲げるもののほか、先天性副腎過形成症                                  |  |                                            |  |                             |  |                            |  | 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 ( )<br>資格取得年月日 年 月 日 |  |                                            |  |                             |  |                            |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
| 氏名                                      |         | (セイメイ)<br>(姓)                                                   |  |                                            |  |                             |  | 以前の登録氏名<br>(変更のある場合)       |  | (セイメイ)<br>(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<br>身長・体重                            |         | 身長<br>(測定日)                                                     |  | cm ( SD)                                   |  |                             |  | 体重<br>(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 |         |                                                                 |  |                                            |  |                             |  |                            |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
| 具体的な疾病名                                 |         | ( )                                                             |  |                                            |  |                             |  |                            |  | 最終受診日                 |  | ( 年 月 日 )                   |  |               |  |   |  |
| 診断                                      |         | 新生児マス・スクリーニングで発見：[ なし ・ あり ]                                    |  |                                            |  |                             |  |                            |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
| 身体所見                                    |         | 血圧：収縮期：( )mmHg                                                  |  |                                            |  | 拡張期：( )mmHg                 |  |                            |  | 実施日：( 年 月 日 )         |  |                             |  |               |  |   |  |
| 症 状                                     | 全身      | 哺乳力低下：[ なし ・ あり ]                                               |  |                                            |  | 脱水：[ なし ・ あり ]              |  |                            |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
|                                         | 内分泌・代謝  | 二次性徴の欠如：[ なし ・ あり ]<br>低血糖：[ なし ・ あり ]                          |  |                                            |  | 思春期早発：[ なし ・ あり ]           |  |                            |  | 母体の妊娠中男性化：[ なし ・ あり ] |  |                             |  |               |  |   |  |
|                                         | 呼吸器・循環器 | ショック：[ なし ・ あり ]                                                |  |                                            |  |                             |  |                            |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
|                                         | 消化器     | 悪心・嘔吐：[ なし ・ あり ]                                               |  |                                            |  |                             |  |                            |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
|                                         | 皮膚・粘膜   | 色素沈着：[ なし ・ あり ]                                                |  |                                            |  |                             |  |                            |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
|                                         | 精神・神経   | 意識障害：[ なし ・ あり ・ 不明 ]                                           |  |                                            |  |                             |  |                            |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
|                                         | その他     | 外性器異常：[ なし ・ あり ]<br>詳細：( )                                     |  |                                            |  |                             |  |                            |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
|                                         |         | 症状 (その他)：( )                                                    |  |                                            |  |                             |  |                            |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
| 臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載                    |         |                                                                 |  |                                            |  |                             |  |                            |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
| 身体所見                                    |         | 血圧：収縮期：( )mmHg                                                  |  |                                            |  | 拡張期：( )mmHg                 |  |                            |  | 実施日：( 年 月 日 )         |  |                             |  |               |  |   |  |
| 症 状                                     | 全身      | 哺乳力低下：[ なし ・ あり ]                                               |  |                                            |  | 脱水：[ なし ・ あり ]              |  |                            |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
|                                         | 内分泌・代謝  | 二次性徴の欠如：[ なし ・ あり ]<br>低血糖：[ なし ・ あり ]                          |  |                                            |  | 思春期早発：[ なし ・ あり ]           |  |                            |  | 母体の妊娠中男性化：[ なし ・ あり ] |  |                             |  |               |  |   |  |
|                                         | 呼吸器・循環器 | ショック：[ なし ・ あり ]                                                |  |                                            |  |                             |  |                            |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
|                                         | 消化器     | 悪心・嘔吐：[ なし ・ あり ]                                               |  |                                            |  |                             |  |                            |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
|                                         | 皮膚・粘膜   | 色素沈着：[ なし ・ あり ]                                                |  |                                            |  |                             |  |                            |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
|                                         | 精神・神経   | 意識障害：[ なし ・ あり ・ 不明 ]                                           |  |                                            |  |                             |  |                            |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
|                                         | その他     | 外性器異常：[ なし ・ あり ]<br>詳細：( )                                     |  |                                            |  |                             |  |                            |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
|                                         |         | 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                                    |         | ACTH負荷試験：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )                             |  |                                            |  |                             |  |                            |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
|                                         |         | コルチゾール基礎値：( )μg/dL                                              |  |                                            |  |                             |  | コルチゾール頂値：( )μg/dL          |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
|                                         |         | プレグネロン基礎値：( )ng/mL                                              |  |                                            |  |                             |  | プレグネロン頂値：( )ng/mL          |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
|                                         |         | プロゲステロン基礎値：( )ng/mL                                             |  |                                            |  |                             |  | プロゲステロン頂値：( )ng/mL         |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
|                                         |         | 17-OH プレグネロン基礎値：( )ng/mL                                        |  |                                            |  |                             |  | 17-OH プレグネロン基礎値頂値：( )ng/mL |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
|                                         |         | 17-OH プロゲステロン基礎値：( )ng/mL                                       |  |                                            |  |                             |  | 17-OH プロゲステロン頂値：( )ng/mL   |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
|                                         |         | DHEA基礎値：( )ng/mL                                                |  |                                            |  |                             |  | DHEA頂値：( )ng/mL            |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
|                                         |         | アンドロステンジオン基礎値：( )ng/mL                                          |  |                                            |  |                             |  | アンドロステンジオン頂値：( )ng/mL      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
|                                         |         | デオキシコルチコステロン基礎値：( )ng/mL                                        |  |                                            |  |                             |  | デオキシコルチコステロン頂値：( )ng/mL    |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
|                                         |         | コルチコステロン基礎値：( )ng/mL                                            |  |                                            |  |                             |  | コルチコステロン頂値：( )ng/mL        |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |







|                                         |        |                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |                                            |                             |      |                      |                      |      |                       |  |                             |  |       |  |
|-----------------------------------------|--------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------|-----------------------------|------|----------------------|----------------------|------|-----------------------|--|-----------------------------|--|-------|--|
| 告示番号                                    |        | 37                                                                                                                                                                                                                                                                |  | 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                                      |        | 57 ギナドトロピン依存性思春期早発症                                                                                                                                                                                                                                               |  |                                            |                             |      |                      |                      |      | 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 ( )<br>資格取得年月日 年 月 日                                                                                                                                                                                                   |  |                                            |                             |      |                      |                      |      |                       |  |                             |  |       |  |
| 氏名                                      |        | (セイメイ)<br>(姓)                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                                            |                             |      |                      | 以前の登録氏名<br>(変更のある場合) |      | (セイメイ)<br>(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<br>身長・体重                            |        | 身長<br>(測定日)                                                                                                                                                                                                                                                       |  | cm ( SD)                                   |                             |      |                      | 体重<br>(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<br>(Tanner分類)                      |        | 二次性徴：[ なし ・ あり ] 思春期開始年齢：( 歳 か月 )<br>乳房発育 (女子のみ)：[ I ・ II ・ III ・ IV ・ V ] 年齢 (発現時)：( 歳 か月 )<br>陰毛発育 (男女共)：[ I ・ II ・ III ・ IV ・ V ] 年齢 (発現時)：( 歳 か月 )<br>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<br>月経発来：[ なし ・ あり ] 月経開始年齢：( 歳 か月 ) |  |                                            |                             |      |                      |                      |      |                       |  |                             |  |       |  |
| 症状                                      | 全身     | 著明な身長増加：[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                                                                                               |  |                                            |                             |      |                      |                      |      |                       |  |                             |  |       |  |
|                                         | 内分泌・代謝 | 思春期早発：[ 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<br>(Tanner分類)                      |        | 二次性徴：[ なし ・ あり ] 思春期開始年齢：( 歳 か月 )<br>乳房発育 (女子のみ)：[ I ・ II ・ III ・ IV ・ V ] 年齢 (発現時)：( 歳 か月 )<br>陰毛発育 (男女共)：[ I ・ II ・ III ・ IV ・ V ] 年齢 (発現時)：( 歳 か月 )<br>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<br>月経発来：[ なし ・ あり ] 月経開始年齢：( 歳 か月 ) |  |                                            |                             |      |                      |                      |      |                       |  |                             |  |       |  |
| 症状                                      | 全身     | 著明な身長増加：[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                                                                                               |  |                                            |                             |      |                      |                      |      |                       |  |                             |  |       |  |
|                                         | 内分泌・代謝 | 思春期早発：[ 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 |        |                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |                                            |                             |      |                      |                      |      |                       |  |                             |  |       |  |
| 負荷試験                                    |        | GnRH (LHRH) 負荷試験：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )<br>LH基礎値：( )mIU/mL LH頂値：( )mIU/mL<br>FSH基礎値：( )mIU/mL FSH頂値：( )mIU/mL                                                                                                                                                 |  |                                            |                             |      |                      |                      |      |                       |  |                             |  |       |  |
| 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<br>LH：( )mIU/mL FSH：( )mIU/mL                                                                                                                                                                        |  |                                            |                             |      |                      |                      |      |                       |  |                             |  |       |  |
| 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                                    |        | 超音波検査 (腹部)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )<br>所見：( )                                                                                                                                                                                                                   |  |                                            |                             |      |                      |                      |      |                       |  |                             |  |       |  |
|                                         |        | CTまたはMRI検査 (頭部)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )<br>所見：( )                                                                                                                                                                                                              |  |                                            |                             |      |                      |                      |      |                       |  |                             |  |       |  |
|                                         |        | CTまたはMRI検査 (腹部)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )<br>所見：( )                                                                                                                                                                                                              |  |                                            |                             |      |                      |                      |      |                       |  |                             |  |       |  |
| 検査所見 (その他)                              |        | 検査所見 (その他)：( )                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                            |                             |      |                      |                      |      |                       |  |                             |  |       |  |
| 検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載                    |        |                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |                                            |                             |      |                      |                      |      |                       |  |                             |  |       |  |
| 負荷試験                                    |        | GnRH (LHRH) 負荷試験：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )<br>LH基礎値：( )mIU/mL LH頂値：( )mIU/mL<br>FSH基礎値：( )mIU/mL FSH頂値：( )mIU/mL                                                                                                                                                 |  |                                            |                             |      |                      |                      |      |                       |  |                             |  |       |  |
| 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<br>LH：( )mIU/mL FSH：( )mIU/mL                                                                                                                                                                        |  |                                            |                             |      |                      |                      |      |                       |  |                             |  |       |  |



|                                         |        |                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |                                            |                             |      |                      |                      |      |                       |               |                             |  |       |  |
|-----------------------------------------|--------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------|-----------------------------|------|----------------------|----------------------|------|-----------------------|---------------|-----------------------------|--|-------|--|
| 告示番号                                    |        | 38                                                                                                                                                                                                                                                                |  | 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                                      |        | 58 ギナドトロピン非依存性思春期早発症                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                            |                             |      |                      |                      |      | 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 ( )<br>資格取得年月日 年 月 日                                                                                                                                                                                                   |  |                                            |                             |      |                      |                      |      |                       |               |                             |  |       |  |
| 氏名                                      |        | (セイメイ)<br>(姓)                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                                            |                             |      |                      | 以前の登録氏名<br>(変更のある場合) |      | (セイメイ)<br>(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<br>身長・体重                            |        | 身長<br>(測定日)                                                                                                                                                                                                                                                       |  | cm ( SD)                                   |                             |      |                      | 体重<br>(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<br>(Tanner分類)                      |        | 二次性徴：[ なし ・ あり ] 思春期開始年齢：( 歳 か月 )<br>乳房発育 (女子のみ)：[ I ・ II ・ III ・ IV ・ V ] 年齢 (発現時)：( 歳 か月 )<br>陰毛発育 (男女共)：[ I ・ II ・ III ・ IV ・ V ] 年齢 (発現時)：( 歳 か月 )<br>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<br>月経発来：[ なし ・ あり ] 月経開始年齢：( 歳 か月 ) |  |                                            |                             |      |                      |                      |      |                       |               |                             |  |       |  |
| 症状                                      | 全身     | 著明な身長増加：[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                                                                                               |  |                                            |                             |      |                      |                      |      |                       |               |                             |  |       |  |
|                                         | 内分泌・代謝 | 思春期早発：[ 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<br>(Tanner分類)                      |        | 二次性徴：[ なし ・ あり ] 思春期開始年齢：( 歳 か月 )<br>乳房発育 (女子のみ)：[ I ・ II ・ III ・ IV ・ V ] 年齢 (発現時)：( 歳 か月 )<br>陰毛発育 (男女共)：[ I ・ II ・ III ・ IV ・ V ] 年齢 (発現時)：( 歳 か月 )<br>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<br>月経発来：[ なし ・ あり ] 月経開始年齢：( 歳 か月 ) |  |                                            |                             |      |                      |                      |      |                       |               |                             |  |       |  |
| 症状                                      | 全身     | 著明な身長増加：[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                                                                                               |  |                                            |                             |      |                      |                      |      |                       |               |                             |  |       |  |
|                                         | 内分泌・代謝 | 思春期早発：[ 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 |        |                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |                                            |                             |      |                      |                      |      |                       |               |                             |  |       |  |
| 負荷試験                                    |        | GnRH (LHRH) 負荷試験：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )<br>LH基礎値：( )mIU/mL LH頂値：( )mIU/mL<br>FSH基礎値：( )mIU/mL FSH頂値：( )mIU/mL                                                                                                                                                 |  |                                            |                             |      |                      |                      |      |                       |               |                             |  |       |  |
| 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<br>LH：( )mIU/mL FSH：( )mIU/mL                                                                                                                                                                        |  |                                            |                             |      |                      |                      |      |                       |               |                             |  |       |  |
| 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                                    |        | 超音波検査 (腹部)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )<br>所見：( )                                                                                                                                                                                                                   |  |                                            |                             |      |                      |                      |      |                       |               |                             |  |       |  |
|                                         |        | CTまたはMRI検査 (頭部)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )<br>所見：( )                                                                                                                                                                                                              |  |                                            |                             |      |                      |                      |      |                       |               |                             |  |       |  |
|                                         |        | CTまたはMRI検査 (腹部)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )<br>所見：( )                                                                                                                                                                                                              |  |                                            |                             |      |                      |                      |      |                       |               |                             |  |       |  |
| 検査所見 (その他)                              |        | 検査所見 (その他)：( )                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                            |                             |      |                      |                      |      |                       |               |                             |  |       |  |
| 検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載                    |        |                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |                                            |                             |      |                      |                      |      |                       |               |                             |  |       |  |
| 負荷試験                                    |        | GnRH (LHRH) 負荷試験：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )<br>LH基礎値：( )mIU/mL LH頂値：( )mIU/mL<br>FSH基礎値：( )mIU/mL FSH頂値：( )mIU/mL                                                                                                                                                 |  |                                            |                             |      |                      |                      |      |                       |               |                             |  |       |  |
| 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<br>LH：( )mIU/mL FSH：( )mIU/mL                                                                                                                                                                        |  |                                            |                             |      |                      |                      |      |                       |               |                             |  |       |  |



|                                         |        |                                                                                                                                                                                                                               |  |                                            |                             |      |                      |                                                      |          |               |  |                 |  |                             |   |
|-----------------------------------------|--------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------|-----------------------------|------|----------------------|------------------------------------------------------|----------|---------------|--|-----------------|--|-----------------------------|---|
| 告示番号                                    |        | 3                                                                                                                                                                                                                             |  | 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                                      |        | 59 エストロゲン過剰症(ゴナドトロピン依存性思春期早発症及びゴナドトロピン非依存性思春期早発症を除く。)                                                                                                                                                                         |  |                                            |                             |      |                      |                                                      |          |               |  | 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（ ）<br>資格取得年月日 年 月 日                                                                                                                                                                   |  |                                            |                             |      |                      |                                                      |          |               |  |                 |  |                             |   |
| 氏名                                      |        | (セイメイ)<br>(姓)                                                                                                                                                                                                                 |  |                                            |                             |      | 以前の登録氏名<br>(変更のある場合) |                                                      |          | (セイメイ)<br>(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<br>身長・体重                            |        | 身長<br>(測定日)                                                                                                                                                                                                                   |  | cm ( SD)                                   |                             |      | 体重<br>(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<br>(Tanner分類)                      |        | 二次性徴：[ なし ・ あり ] 思春期開始年齢：( 歳 か月 )<br>乳房発育 (女子のみ)：[ I ・ II ・ III ・ IV ・ V ] 年齢 (発現時)：( 歳 か月 )<br>陰毛発育 (男女共)：[ I ・ II ・ III ・ IV ・ V ] 年齢 (発現時)：( 歳 か月 )<br>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     | 著明な身長増加：[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                                                           |  |                                            |                             |      |                      |                                                      |          |               |  |                 |  |                             |   |
|                                         | 内分泌・代謝 | 思春期早発：[ なし ・ あり ] 不正性器出血 (女子のみ)：[ なし ・ あり ] 巨大乳房 (女子のみ)：[ なし ・ あり ]<br>女性化乳房 (男子のみ)：[ 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<br>(Tanner分類)                      |        | 二次性徴：[ なし ・ あり ] 思春期開始年齢：( 歳 か月 )<br>乳房発育 (女子のみ)：[ I ・ II ・ III ・ IV ・ V ] 年齢 (発現時)：( 歳 か月 )<br>陰毛発育 (男女共)：[ I ・ II ・ III ・ IV ・ V ] 年齢 (発現時)：( 歳 か月 )<br>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     | 著明な身長増加：[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                                                           |  |                                            |                             |      |                      |                                                      |          |               |  |                 |  |                             |   |
|                                         | 内分泌・代謝 | 思春期早発：[ なし ・ あり ] 不正性器出血 (女子のみ)：[ なし ・ あり ] 巨大乳房 (女子のみ)：[ なし ・ あり ]<br>女性化乳房 (男子のみ)：[ 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                                    |        | テストステロン：( )ng/mL ・ ng/dL<br>LH：( )mIU/mL                                                                                                                                                                                      |  |                                            |                             |      |                      | エストラジオール (E <sub>2</sub> )：( )pg/mL<br>FSH：( )mIU/mL |          |               |  |                 |  |                             |   |
| 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 )<br>所見：( )                                                                                                                                                                          |  |                                            |                             |      |                      |                                                      |          |               |  |                 |  |                             |   |
|                                         |        | CTまたはMRI検査 (胸部)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )<br>所見：( )                                                                                                                                                                          |  |                                            |                             |      |                      |                                                      |          |               |  |                 |  |                             |   |
|                                         |        | CTまたはMRI検査 (腹部)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )<br>所見：( )                                                                                                                                                                          |  |                                            |                             |      |                      |                                                      |          |               |  |                 |  |                             |   |
| 遺伝学的検査                                  |        | 遺伝子検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )<br>所見：( )                                                                                                                                                                                    |  |                                            |                             |      |                      |                                                      |          |               |  |                 |  |                             |   |
| 検査所見 (その他)                              |        | 検査所見 (その他)：( )                                                                                                                                                                                                                |  |                                            |                             |      |                      |                                                      |          |               |  |                 |  |                             |   |
| 検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載                    |        |                                                                                                                                                                                                                               |  |                                            |                             |      |                      |                                                      |          |               |  |                 |  |                             |   |
| 血液検査                                    |        | テストステロン：( )ng/mL ・ ng/dL<br>LH：( )mIU/mL                                                                                                                                                                                      |  |                                            |                             |      |                      | エストラジオール (E <sub>2</sub> )：( )pg/mL<br>FSH：( )mIU/mL |          |               |  |                 |  |                             |   |

|                             |                                                                                                                                                        |  |               |                    |  |             |              |  |  |
|-----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------|--------------------|--|-------------|--------------|--|--|
| 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 )      |  |             |              |  |  |
|                             | 所見：( )                                                                                                                                                 |  |               |                    |  |             |              |  |  |
|                             | CTまたはMRI検査（胸部）：[ 未実施 ・ 実施 ]                                                                                                                            |  |               | 実施日：( 年 月 日 )      |  |             |              |  |  |
| 所見：( )                      |                                                                                                                                                        |  |               |                    |  |             |              |  |  |
| CTまたはMRI検査（腹部）：[ 未実施 ・ 実施 ] |                                                                                                                                                        |  | 実施日：( 年 月 日 ) |                    |  |             |              |  |  |
| 所見：( )                      |                                                                                                                                                        |  |               |                    |  |             |              |  |  |
| 遺伝学的検査                      | 遺伝子検査：[ 未実施 ・ 実施 ]                                                                                                                                     |  |               | 実施日：( 年 月 日 )      |  |             |              |  |  |
| 所見：( )                      |                                                                                                                                                        |  |               |                    |  |             |              |  |  |
| 検査所見（その他）                   | 検査所見（その他）：( )                                                                                                                                          |  |               |                    |  |             |              |  |  |
| その他の所見（申請時） ※直近の状況を記載       |                                                                                                                                                        |  |               |                    |  |             |              |  |  |
| 合併症                         | 合併症：[ なし ・ あり ]                                                                                                                                        |  |               |                    |  |             |              |  |  |
| 詳細：( )                      |                                                                                                                                                        |  |               |                    |  |             |              |  |  |
| 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 |              |  |  |
| 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 ( ) |  |             |              |  |  |

| 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 ( )<br>被保険者番号 ( ) 被保険者個人単位枝番 ( )<br>資格取得年月日 年 月 日 |

|                                         |        |                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |         |  |
|-----------------------------------------|--------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------|--|-----------------------------|--|----------------------|--|-----------------------|--|-----------------------------|--|---------|--|
| 告示番号                                    |        | 2                                                                                                                                                                                                                                       |  | 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                                      |        | 60 アンドロゲン過剰症(ゴナドトロピン依存性思春期早発症及びゴナドトロピン非依存性思春期早発症を除く。)                                                                                                                                                                                   |  |                                            |  |                             |  |                      |  | 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 ( )<br>資格取得年月日 年 月 日                                                                                                                                                                         |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |         |  |
| 氏名                                      |        | (セイメイ)<br>(姓)                                                                                                                                                                                                                           |  |                                            |  |                             |  | 以前の登録氏名<br>(変更のある場合) |  | (セイメイ)<br>(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<br>身長・体重                            |        | 身長<br>(測定日)                                                                                                                                                                                                                             |  | cm ( SD)                                   |  |                             |  | 体重<br>(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<br>(Tanner分類)                      |        | 二次性徴: [ なし ・ あり ] 思春期開始年齢: ( 歳 か月 )<br>乳房発育 (女子のみ): [ I ・ II ・ III ・ IV ・ V ] 年齢 (発現時): ( 歳 か月 )<br>陰毛発育 (男女共): [ I ・ II ・ III ・ IV ・ V ] 年齢 (発現時): ( 歳 か月 )<br>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: [ なし ・ あり ] 思春期早発: [ なし ・ あり ] 月経不順 (女子のみ): [ なし ・ あり ]<br>無月経 (女子のみ): [ なし ・ あり ] 陰核肥大 (女子のみ): [ なし ・ あり ] 進行性の男性化徴候 (女子のみ): [ なし ・ あり ]                                                                                      |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |         |  |
|                                         | 皮膚・粘膜  | 多毛症: [ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                                                                        |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |         |  |
|                                         | その他    | 外生殖器異常: [ なし ・ あり ] 声の低音化: [ なし ・ あり ]<br>症状 (その他): ( )                                                                                                                                                                                 |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |         |  |
| 臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載                    |        |                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |         |  |
| 二次性徴<br>(Tanner分類)                      |        | 二次性徴: [ なし ・ あり ] 思春期開始年齢: ( 歳 か月 )<br>乳房発育 (女子のみ): [ I ・ II ・ III ・ IV ・ V ] 年齢 (発現時): ( 歳 か月 )<br>陰毛発育 (男女共): [ I ・ II ・ III ・ IV ・ V ] 年齢 (発現時): ( 歳 か月 )<br>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: [ なし ・ あり ] 思春期早発: [ なし ・ あり ] 月経不順 (女子のみ): [ なし ・ あり ]<br>無月経 (女子のみ): [ なし ・ あり ] 陰核肥大 (女子のみ): [ なし ・ あり ] 進行性の男性化徴候 (女子のみ): [ なし ・ あり ]                                                                                      |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |         |  |
|                                         | 皮膚・粘膜  | 多毛症: [ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                                                                        |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |         |  |
|                                         | その他    | 外生殖器異常: [ なし ・ あり ] 声の低音化: [ なし ・ あり ]<br>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                                    |        | 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<br>ACTH: ( )pg/mL LH: ( )mIU/mL FSH: ( )mIU/mL 17-OHP: ( )ng/mL<br>TSH: ( )μIU/mL free T <sub>3</sub> : ( )pg/mL free T <sub>4</sub> : ( )ng/dL                          |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |         |  |
| 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 )<br>所見: ( )                                                                                                                                                                                 |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |         |  |
|                                         |        | CTまたはMRI検査 (胸部): [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )<br>所見: ( )                                                                                                                                                                                 |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |         |  |
|                                         |        | CTまたはMRI検査 (腹部): [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )<br>所見: ( )                                                                                                                                                                                 |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |         |  |
| 遺伝学的検査                                  |        | 遺伝子検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )<br>エストロゲン合成酵素 (アロマターゼ) 遺伝子 CYP19A1異常: [ なし ・ あり ]<br>POR 遺伝子 (P450oxidoreductase) 異常: [ なし ・ あり ]<br>遺伝子異常 (その他): ( )                                                                                |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |         |  |
| 検査所見 (その他)                              |        | 検査所見 (その他): ( )                                                                                                                                                                                                                         |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |         |  |







|                                         |        |                                                                                                                                                                                                                               |  |                                            |                             |      |                      |                      |      |                       |               |                             |  |       |  |
|-----------------------------------------|--------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------|-----------------------------|------|----------------------|----------------------|------|-----------------------|---------------|-----------------------------|--|-------|--|
| 告示番号                                    |        | 71                                                                                                                                                                                                                            |  | 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                                      |        | 61 カルマン (Kallmann) 症候群                                                                                                                                                                                                        |  |                                            |                             |      |                      |                      |      | 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 ( )<br>資格取得年月日 年 月 日                                                                                                                                                               |  |                                            |                             |      |                      |                      |      |                       |               |                             |  |       |  |
| 氏名                                      |        | (セイメイ)<br>(姓)                                                                                                                                                                                                                 |  |                                            |                             |      |                      | 以前の登録氏名<br>(変更のある場合) |      | (セイメイ)<br>(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<br>身長・体重                            |        | 身長<br>(測定日)                                                                                                                                                                                                                   |  | cm ( SD)                                   |                             |      |                      | 体重<br>(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<br>(Tanner分類)                      |        | 二次性徴：[ なし ・ あり ] 思春期開始年齢：( 歳 か月 )<br>乳房発育 (女子のみ)：[ I ・ II ・ III ・ IV ・ V ] 年齢 (発現時)：( 歳 か月 )<br>陰毛発育 (男女共)：[ I ・ II ・ III ・ IV ・ V ] 年齢 (発現時)：( 歳 か月 )<br>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 ]<br>小陰茎 (男子のみ)：[ なし ・ あり ] 骨年齢遅延：[ なし ・ あり ]                                                                                                          |  |                                            |                             |      |                      |                      |      |                       |               |                             |  |       |  |
|                                         | 耳鼻咽喉   | 無・低嗅症 (Kallmann症候群)：[ なし ・ あり ] 聴力障害：[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                              |  |                                            |                             |      |                      |                      |      |                       |               |                             |  |       |  |
|                                         | その他    | 外性器異常：[ なし ・ あり ]<br>症状 (その他)：( )                                                                                                                                                                                             |  |                                            |                             |      |                      |                      |      |                       |               |                             |  |       |  |
| 臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載                    |        |                                                                                                                                                                                                                               |  |                                            |                             |      |                      |                      |      |                       |               |                             |  |       |  |
| 二次性徴<br>(Tanner分類)                      |        | 二次性徴：[ なし ・ あり ] 思春期開始年齢：( 歳 か月 )<br>乳房発育 (女子のみ)：[ I ・ II ・ III ・ IV ・ V ] 年齢 (発現時)：( 歳 か月 )<br>陰毛発育 (男女共)：[ I ・ II ・ III ・ IV ・ V ] 年齢 (発現時)：( 歳 か月 )<br>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 ]<br>小陰茎 (男子のみ)：[ なし ・ あり ] 骨年齢遅延：[ なし ・ あり ]                                                                                                          |  |                                            |                             |      |                      |                      |      |                       |               |                             |  |       |  |
|                                         | 耳鼻咽喉   | 無・低嗅症 (Kallmann症候群)：[ なし ・ あり ] 聴力障害：[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                              |  |                                            |                             |      |                      |                      |      |                       |               |                             |  |       |  |
|                                         | その他    | 外性器異常：[ なし ・ あり ]<br>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 )<br>LH基礎値：( )mIU/mL LH頂値：( )mIU/mL<br>FSH基礎値：( )mIU/mL FSH頂値：( )mIU/mL                                                                                                             |  |                                            |                             |      |                      |                      |      |                       |               |                             |  |       |  |
| 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                                                                                                                                                                  |  |                                            |                             |      |                      |                      |      |                       |               |                             |  |       |  |
| 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                                    |        | 超音波検査 (腹部)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )<br>所見：( )                                                                                                                                                                               |  |                                            |                             |      |                      |                      |      |                       |               |                             |  |       |  |
|                                         |        | CTまたはMRI検査 (頭部)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )<br>所見：( )                                                                                                                                                                          |  |                                            |                             |      |                      |                      |      |                       |               |                             |  |       |  |
|                                         |        | CTまたはMRI検査 (腹部)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )<br>所見：( )                                                                                                                                                                          |  |                                            |                             |      |                      |                      |      |                       |               |                             |  |       |  |
| 耳鼻咽喉<br>科学的検査                           |        | 嗅覚検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )<br>所見：( )                                                                                                                                                                                     |  |                                            |                             |      |                      |                      |      |                       |               |                             |  |       |  |





|                                         |        |                                                                                                                                                                                                                               |  |                                            |               |             |  |                      |  |                       |               |                             |  |
|-----------------------------------------|--------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------|---------------|-------------|--|----------------------|--|-----------------------|---------------|-----------------------------|--|
| 告示番号                                    |        | 72                                                                                                                                                                                                                            |  | 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                                      |        | 62 低ゴナドトロピン性性腺機能低下症 (カルマン (Kallmann) 症候群を除く。)                                                                                                                                                                                 |  |                                            |               |             |  |                      |  | 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 ( )<br>資格取得年月日 年 月 日                                                                                                                                                               |  |                                            |               |             |  |                      |  |                       |               |                             |  |
| 氏名                                      |        | (セイメイ)<br>(姓)                                                                                                                                                                                                                 |  |                                            |               |             |  | 以前の登録氏名<br>(変更のある場合) |  | (セイメイ)<br>(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<br>身長・体重                            |        | 身長<br>(測定日)                                                                                                                                                                                                                   |  | cm ( SD)<br>年 月 日                          |               | 体重<br>(測定日) |  | kg ( SD)<br>年 月 日    |  | BMI                   |               |                             |  |
|                                         |        |                                                                                                                                                                                                                               |  |                                            |               |             |  |                      |  | 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<br>(Tanner分類)                      |        | 二次性徴：[ なし ・ あり ] 思春期開始年齢：( 歳 か月 )<br>乳房発育 (女子のみ)：[ I ・ II ・ III ・ IV ・ V ] 年齢 (発現時)：( 歳 か月 )<br>陰毛発育 (男女共)：[ I ・ II ・ III ・ IV ・ V ] 年齢 (発現時)：( 歳 か月 )<br>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 ]<br>小陰茎 (男子のみ)：[ なし ・ あり ] 骨年齢遅延：[ なし ・ あり ]                                                                                                          |  |                                            |               |             |  |                      |  |                       |               |                             |  |
|                                         | 耳鼻咽喉   | 無・低嗅症 (Kallmann症候群)：[ なし ・ あり ] 聴力障害：[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                              |  |                                            |               |             |  |                      |  |                       |               |                             |  |
|                                         | その他    | 外性器異常：[ なし ・ あり ]<br>症状 (その他)：( )                                                                                                                                                                                             |  |                                            |               |             |  |                      |  |                       |               |                             |  |
| 臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載                    |        |                                                                                                                                                                                                                               |  |                                            |               |             |  |                      |  |                       |               |                             |  |
| 二次性徴<br>(Tanner分類)                      |        | 二次性徴：[ なし ・ あり ] 思春期開始年齢：( 歳 か月 )<br>乳房発育 (女子のみ)：[ I ・ II ・ III ・ IV ・ V ] 年齢 (発現時)：( 歳 か月 )<br>陰毛発育 (男女共)：[ I ・ II ・ III ・ IV ・ V ] 年齢 (発現時)：( 歳 か月 )<br>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 ]<br>小陰茎 (男子のみ)：[ なし ・ あり ] 骨年齢遅延：[ なし ・ あり ]                                                                                                          |  |                                            |               |             |  |                      |  |                       |               |                             |  |
|                                         | 耳鼻咽喉   | 無・低嗅症 (Kallmann症候群)：[ なし ・ あり ] 聴力障害：[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                              |  |                                            |               |             |  |                      |  |                       |               |                             |  |
|                                         | その他    | 外性器異常：[ なし ・ あり ]<br>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 )<br>LH基礎値：( )mIU/mL LH頂値：( )mIU/mL<br>FSH基礎値：( )mIU/mL FSH頂値：( )mIU/mL                                                                                                             |  |                                            |               |             |  |                      |  |                       |               |                             |  |
| 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                                                                                                                                                                  |  |                                            |               |             |  |                      |  |                       |               |                             |  |
| 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                                    |        | 超音波検査 (腹部)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )<br>所見：( )                                                                                                                                                                               |  |                                            |               |             |  |                      |  |                       |               |                             |  |
|                                         |        | CTまたはMRI検査 (頭部)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )<br>所見：( )                                                                                                                                                                          |  |                                            |               |             |  |                      |  |                       |               |                             |  |
|                                         |        | CTまたはMRI検査 (腹部)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )<br>所見：( )                                                                                                                                                                          |  |                                            |               |             |  |                      |  |                       |               |                             |  |
| 耳鼻咽喉<br>科学的検査                           |        | 嗅覚検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )<br>所見：( )                                                                                                                                                                                     |  |                                            |               |             |  |                      |  |                       |               |                             |  |







|                                         |        |                                                                                                                                                                                                                                  |                                            |        |                             |          |                      |          |               |                       |                             |     |   |
|-----------------------------------------|--------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|--------|-----------------------------|----------|----------------------|----------|---------------|-----------------------|-----------------------------|-----|---|
| 告示番号                                    |        | 20                                                                                                                                                                                                                               |                                            | 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                                      |        | 63 精巣形成不全                                                                                                                                                                                                                        |                                            |        |                             |          |                      |          | 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 ( )<br>資格取得年月日 年 月 日                                                                                                                                                                  |                                            |        |                             |          |                      |          |               |                       |                             |     |   |
| 氏名                                      |        | (セイメイ)<br>(姓)                                                                                                                                                                                                                    |                                            |        |                             |          | 以前の登録氏名<br>(変更のある場合) |          | (セイメイ)<br>(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<br>身長・体重                            |        | 身長<br>(測定日)                                                                                                                                                                                                                      | cm ( SD)                                   |        |                             |          | 体重<br>(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<br>(Tanner分類)                      |        | 二次性徴：[ なし ・ あり ] 思春期開始年齢：( 歳 か月 )<br>乳房発育 (女子のみ)：[ I ・ II ・ III ・ IV ・ V ] 年齢 (発現時)：( 歳 か月 )<br>陰毛発育 (男女共)：[ I ・ II ・ III ・ IV ・ V ] 年齢 (発現時)：( 歳 か月 )<br>外性器発達 (男子のみ)：[ I ・ II ・ III ・ IV ・ V ] 年齢 (発現時)：( 歳 か月 )<br>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 ]<br>小陰茎 (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    | 外性器異常：[ なし ・ あり ]<br>症状 (その他)：( )                                                                                                                                                                                                |                                            |        |                             |          |                      |          |               |                       |                             |     |   |
| 臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載                    |        |                                                                                                                                                                                                                                  |                                            |        |                             |          |                      |          |               |                       |                             |     |   |
| 二次性徴<br>(Tanner分類)                      |        | 二次性徴：[ なし ・ あり ] 思春期開始年齢：( 歳 か月 )<br>乳房発育 (女子のみ)：[ I ・ II ・ III ・ IV ・ V ] 年齢 (発現時)：( 歳 か月 )<br>陰毛発育 (男女共)：[ I ・ II ・ III ・ IV ・ V ] 年齢 (発現時)：( 歳 か月 )<br>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 ]<br>小陰茎 (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    | 外性器異常：[ なし ・ あり ]<br>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 )<br>LH基礎値：( )mIU/mL LH頂値：( )mIU/mL<br>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 )<br>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                                                                                                                                     |                                            |        |                             |          |                      |          |               |                       |                             |     |   |
| 血液検査                                    |        | エストラジオール (E <sub>2</sub> )：( )pg/mL                                                                                                                                                                                              |                                            |        |                             |          |                      |          |               |                       |                             |     |   |
| 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                                    |        | 超音波検査 (腹部)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )<br>所見：( )                                                                                                                                                                                  |                                            |        |                             |          |                      |          |               |                       |                             |     |   |
|                                         |        | CTまたはMRI検査 (頭部)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )<br>所見：( )                                                                                                                                                                             |                                            |        |                             |          |                      |          |               |                       |                             |     |   |
|                                         |        | CTまたはMRI検査 (腹部)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )<br>所見：( )                                                                                                                                                                             |                                            |        |                             |          |                      |          |               |                       |                             |     |   |





|                                         |        |                                                                                                                                                                                                                                |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |         |  |   |  |
|-----------------------------------------|--------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------|--|-----------------------------|--|----------------------|--|-----------------------|--|-----------------------------|--|---------|--|---|--|
| 告示番号                                    |        | 21                                                                                                                                                                                                                             |  | 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                                      |        | 64 卵巢形成不全                                                                                                                                                                                                                      |  |                                            |  |                             |  |                      |  | 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 ( )<br>資格取得年月日 年 月 日                                                                                                                                                                |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |         |  |   |  |
| 氏名                                      |        | (セイメイ)<br>(姓)                                                                                                                                                                                                                  |  |                                            |  |                             |  | 以前の登録氏名<br>(変更のある場合) |  | (セイメイ)<br>(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<br>身長・体重                            |        | 身長<br>(測定日)                                                                                                                                                                                                                    |  | cm ( SD)                                   |  |                             |  | 体重<br>(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<br>(Tanner分類)                      |        | 二次性徴：[ なし ・ あり ] 思春期開始年齢：( 歳 か月 )<br>乳房発育 (女子のみ)：[ I ・ II ・ III ・ IV ・ V ] 年齢 (発現時)：( 歳 か月 )<br>陰毛発育 (男女共)：[ I ・ II ・ III ・ IV ・ V ] 年齢 (発現時)：( 歳 か月 )<br>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 ]<br>月経不順 (女子のみ)：[ なし ・ あり ] 無月経 (女子のみ)：[ なし ・ あり ] 骨年齢遅延：[ なし ・ あり ]                                                                                   |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |         |  |   |  |
|                                         | その他    | 外生殖器異常：[ なし ・ あり ]<br>症状 (その他)：( )                                                                                                                                                                                             |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |         |  |   |  |
| 臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載                    |        |                                                                                                                                                                                                                                |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |         |  |   |  |
| 二次性徴<br>(Tanner分類)                      |        | 二次性徴：[ なし ・ あり ] 思春期開始年齢：( 歳 か月 )<br>乳房発育 (女子のみ)：[ I ・ II ・ III ・ IV ・ V ] 年齢 (発現時)：( 歳 か月 )<br>陰毛発育 (男女共)：[ I ・ II ・ III ・ IV ・ V ] 年齢 (発現時)：( 歳 か月 )<br>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 ]<br>月経不順 (女子のみ)：[ なし ・ あり ] 無月経 (女子のみ)：[ なし ・ あり ] 骨年齢遅延：[ なし ・ あり ]                                                                                   |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |         |  |   |  |
|                                         | その他    | 外生殖器異常：[ なし ・ あり ]<br>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 )<br>LH基礎値：( )mIU/mL LH頂値：( )mIU/mL<br>FSH基礎値：( )mIU/mL FSH頂値：( )mIU/mL                                                                                                              |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |         |  |   |  |
|                                         |        | hMG (FSH) 負荷試験：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )<br>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                                                                                                    |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |         |  |   |  |
| 血液検査                                    |        | テストステロン：( )ng/mL ・ ng/dL                                                                                                                                                                                                       |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |         |  |   |  |
| 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                                    |        | 超音波検査 (腹部)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )<br>所見：( )                                                                                                                                                                                |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |         |  |   |  |
|                                         |        | CTまたはMRI検査 (頭部)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )<br>所見：( )                                                                                                                                                                           |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |         |  |   |  |
|                                         |        | CTまたはMRI検査 (腹部)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )<br>所見：( )                                                                                                                                                                           |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |         |  |   |  |
| 耳鼻咽喉科学的検査                               |        | 嗅覚検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )<br>所見：( )                                                                                                                                                                                      |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |         |  |   |  |
| 遺伝学的検査                                  |        | 遺伝子検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )<br>所見：( )                                                                                                                                                                                     |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |         |  |   |  |





|                                        |  |                                                                                                                                                                                                                               |  |                                                                                                                                                                        |                             |      |                      |             |      |               |               |                 |  |                             |  |
|----------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|------|----------------------|-------------|------|---------------|---------------|-----------------|--|-----------------------------|--|
| 告示番号                                   |  | 22                                                                                                                                                                                                                            |  | 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                                     |  | 65 63及び64に掲げるもののほか、高ゴナドトロピン性性腺機能低下症                                                                                                                                                                                           |  |                                                                                                                                                                        |                             |      |                      |             |      |               |               | 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（ ）<br>資格取得年月日 年 月 日                                                                                                                                                                   |  |                                                                                                                                                                        |                             |      |                      |             |      |               |               |                 |  |                             |  |
| 氏名                                     |  | (セイメイ)<br>(姓)                                                                                                                                                                                                                 |  |                                                                                                                                                                        |                             |      | 以前の登録氏名<br>(変更のある場合) |             |      | (セイメイ)<br>(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<br>身長・体重                           |  | 身長<br>(測定日)                                                                                                                                                                                                                   |  | cm ( SD)                                                                                                                                                               |                             |      |                      | 体重<br>(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 |  |                                                                                                                                                                                                                               |  |                                                                                                                                                                        |                             |      |                      |             |      |               |               |                 |  |                             |  |
| 具体的な疾病名                                |  | ( )                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                                                                                                                                        |                             |      |                      | 最終受診日       |      | ( 年 月 日 )     |               |                 |  |                             |  |
| 二次性徴<br>(Tanner分類)                     |  | 二次性徴：[ なし ・ あり ] 思春期開始年齢：( 歳 か月 )<br>乳房発育 (女子のみ)：[ I ・ II ・ III ・ IV ・ V ] 年齢 (発現時)：( 歳 か月 )<br>陰毛発育 (男女共)：[ I ・ II ・ III ・ IV ・ V ] 年齢 (発現時)：( 歳 か月 )<br>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 ]<br>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 ]<br>骨年齢遅延：[ なし ・ あり ] |                             |      |                      |             |      |               |               |                 |  |                             |  |
|                                        |  | その他                                                                                                                                                                                                                           |  | 外性器異常：[ なし ・ あり ]<br>症状 (その他)：( )                                                                                                                                      |                             |      |                      |             |      |               |               |                 |  |                             |  |
| 臨床所見（申請時） ※直近の状況を記載                    |  |                                                                                                                                                                                                                               |  |                                                                                                                                                                        |                             |      |                      |             |      |               |               |                 |  |                             |  |
| 二次性徴<br>(Tanner分類)                     |  | 二次性徴：[ なし ・ あり ] 思春期開始年齢：( 歳 か月 )<br>乳房発育 (女子のみ)：[ I ・ II ・ III ・ IV ・ V ] 年齢 (発現時)：( 歳 か月 )<br>陰毛発育 (男女共)：[ I ・ II ・ III ・ IV ・ V ] 年齢 (発現時)：( 歳 か月 )<br>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 ]<br>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 ]<br>骨年齢遅延：[ なし ・ あり ] |                             |      |                      |             |      |               |               |                 |  |                             |  |
|                                        |  | その他                                                                                                                                                                                                                           |  | 外性器異常：[ なし ・ あり ]<br>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 )<br>LH基礎値：( )mIU/mL LH頂値：( )mIU/mL<br>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 )<br>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 )<br>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                                                                                                   |  |                                                                                                                                                                        |                             |      |                      |             |      |               |               |                 |  |                             |  |
| 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                                   |  | 超音波検査 (腹部)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )<br>所見：( )                                                                                                                                                                               |  |                                                                                                                                                                        |                             |      |                      |             |      |               |               |                 |  |                             |  |
|                                        |  | CTまたはMRI検査 (頭部)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )<br>所見：( )                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                                                                        |                             |      |                      |             |      |               |               |                 |  |                             |  |
|                                        |  | CTまたはMRI検査 (腹部)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )<br>所見：( )                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                                                                        |                             |      |                      |             |      |               |               |                 |  |                             |  |
| 耳鼻咽喉<br>科学的検査                          |  | 嗅覚検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )<br>所見：( )                                                                                                                                                                                     |  |                                                                                                                                                                        |                             |      |                      |             |      |               |               |                 |  |                             |  |







|                                         |        |                                                                                                                                                                                                                                |  |                                            |                             |      |                      |                      |      |                       |               |                             |  |       |  |
|-----------------------------------------|--------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------|-----------------------------|------|----------------------|----------------------|------|-----------------------|---------------|-----------------------------|--|-------|--|
| 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 ( )<br>資格取得年月日 年 月 日                                                                                                                                                                |  |                                            |                             |      |                      |                      |      |                       |               |                             |  |       |  |
| 氏名                                      |        | (セイメイ)<br>(姓)                                                                                                                                                                                                                  |  |                                            |                             |      |                      | 以前の登録氏名<br>(変更のある場合) |      | (セイメイ)<br>(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<br>身長・体重                            |        | 身長<br>(測定日)                                                                                                                                                                                                                    |  | cm ( SD)                                   |                             |      |                      | 体重<br>(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<br>(Tanner分類)                      |        | 二次性徴：[ なし ・ あり ] 思春期開始年齢：( 歳 か月 )<br>乳房発育 (女子のみ)：[ I ・ II ・ III ・ IV ・ V ] 年齢 (発現時)：( 歳 か月 )<br>陰毛発育 (男女共)：[ I ・ II ・ III ・ IV ・ V ] 年齢 (発現時)：( 歳 か月 )<br>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 ]<br>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 ]<br>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 ]<br>症状 (その他)：( )                                                                                                                                                                                             |  |                                            |                             |      |                      |                      |      |                       |               |                             |  |       |  |
| 臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載                    |        |                                                                                                                                                                                                                                |  |                                            |                             |      |                      |                      |      |                       |               |                             |  |       |  |
| 二次性徴<br>(Tanner分類)                      |        | 二次性徴：[ なし ・ あり ] 思春期開始年齢：( 歳 か月 )<br>乳房発育 (女子のみ)：[ I ・ II ・ III ・ IV ・ V ] 年齢 (発現時)：( 歳 か月 )<br>陰毛発育 (男女共)：[ I ・ II ・ III ・ IV ・ V ] 年齢 (発現時)：( 歳 か月 )<br>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 ]<br>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 ]<br>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 ]<br>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 )<br>LH基礎値：( )mIU/mL LH頂値：( )mIU/mL<br>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 )<br>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 )<br>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<br>DHEA：( )ng/mL LH：( )mIU/mL FSH：( )mIU/mL<br>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 ]                                                                                                                                                           |  |                                            |                             |      |                      |                      |      |                       |               |                             |  |       |  |





|                                         |        |                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
|-----------------------------------------|--------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------|--|----------------------|--|----------------------|--|-----------------------|--|-----------------------------|--|
| 告示番号                                    |        | 51                                                                                                                                                                                                                                                 |  | 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                                      |        | 67 混合性性腺異形成症                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                            |  |                      |  |                      |  | 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 ( )<br>資格取得年月日 年 月 日                                                                                                                                                                                    |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
| 氏名                                      |        | (セイメイ)<br>(姓)                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                            |  |                      |  | 以前の登録氏名<br>(変更のある場合) |  | (セイメイ)<br>(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<br>身長・体重                            |        | 身長<br>(測定日)                                                                                                                                                                                                                                        |  | cm ( SD)<br>年 月 日                          |  | 体重<br>(測定日)          |  | kg ( SD)<br>年 月 日    |  | BMI                   |  |                             |  |
|                                         |        |                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                            |  |                      |  |                      |  | 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<br>(Tanner分類)                      |        | 二次性徴：[ なし ・ あり ] 思春期開始年齢：( 歳 か月 )<br>乳房発育 (女子のみ)：[ I ・ II ・ III ・ IV ・ V ] 年齢 (発現時)：( 歳 か月 )<br>陰毛発育 (男女共)：[ I ・ II ・ III ・ IV ・ V ] 年齢 (発現時)：( 歳 か月 )<br>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                     |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
| 診断                                      |        | GH分泌不全症：[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                                                                                |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
| 症状                                      | 全身     | 低身長 (−2.0SD以下)：[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                                                                         |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
|                                         | 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 ]<br>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 ]<br>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 ]<br>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 ]<br>症状 (その他)：( )                                                                                                                                                                                                                 |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
| 臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載                    |        |                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
| 二次性徴<br>(Tanner分類)                      |        | 二次性徴：[ なし ・ あり ] 思春期開始年齢：( 歳 か月 )<br>乳房発育 (女子のみ)：[ I ・ II ・ III ・ IV ・ V ] 年齢 (発現時)：( 歳 か月 )<br>陰毛発育 (男女共)：[ I ・ II ・ III ・ IV ・ V ] 年齢 (発現時)：( 歳 か月 )<br>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                     |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
| 診断                                      |        | GH分泌不全症：[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                                                                                |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
| 症状                                      | 全身     | 低身長 (−2.0SD以下)：[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                                                                         |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
|                                         | 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 ]<br>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 ]<br>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 ]<br>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 ]<br>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 )<br>LH基礎値：( )mIU/mL LH頂値：( )mIU/mL<br>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 )<br>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                                                                                                                                                       |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
| 尿検査                                     |        | 尿中ステロイド分析：( )                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |





|                                         |        |                                                                                                                                                                                                                                |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |         |  |   |  |
|-----------------------------------------|--------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------|--|-----------------------------|--|----------------------|--|-----------------------|--|-----------------------------|--|---------|--|---|--|
| 告示番号                                    |        | 49                                                                                                                                                                                                                             |  | 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                                      |        | 68 5α-還元酵素欠損症                                                                                                                                                                                                                  |  |                                            |  |                             |  |                      |  | 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 ( )<br>資格取得年月日 年 月 日                                                                                                                                                                |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |         |  |   |  |
| 氏名                                      |        | (セイメイ)<br>(姓)                                                                                                                                                                                                                  |  |                                            |  |                             |  | 以前の登録氏名<br>(変更のある場合) |  | (セイメイ)<br>(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<br>身長・体重                            |        | 身長<br>(測定日)                                                                                                                                                                                                                    |  | cm ( SD)                                   |  |                             |  | 体重<br>(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<br>(Tanner分類)                      |        | 二次性徴：[ なし ・ あり ] 思春期開始年齢：( 歳 か月 )<br>乳房発育 (女子のみ)：[ I ・ II ・ III ・ IV ・ V ] 年齢 (発現時)：( 歳 か月 )<br>陰毛発育 (男女共)：[ I ・ II ・ III ・ IV ・ V ] 年齢 (発現時)：( 歳 か月 )<br>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 ]<br>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 ]<br>陰唇癒合 (女子のみ)：[ なし ・ あり ] 小陰茎 (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 ]<br>症状 (その他)：( )                                                                                                                                                                                             |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |         |  |   |  |
| 臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載                    |        |                                                                                                                                                                                                                                |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |         |  |   |  |
| 二次性徴<br>(Tanner分類)                      |        | 二次性徴：[ なし ・ あり ] 思春期開始年齢：( 歳 か月 )<br>乳房発育 (女子のみ)：[ I ・ II ・ III ・ IV ・ V ] 年齢 (発現時)：( 歳 か月 )<br>陰毛発育 (男女共)：[ I ・ II ・ III ・ IV ・ V ] 年齢 (発現時)：( 歳 か月 )<br>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 ]<br>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 ]<br>陰唇癒合 (女子のみ)：[ なし ・ あり ] 小陰茎 (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 ]<br>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 )<br>LH基礎値：( )mIU/mL LH頂値：( )mIU/mL<br>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 )<br>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<br>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<br>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 <sub>2</sub> )：( )pg/mL DHEA-S：( )ng/mL ・ μg/dL<br>DHEA：( )ng/mL LH：( )mIU/mL FSH：( )mIU/mL<br>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：精巣：[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                          |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |         |  |   |  |
| 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 ]                                                                                                                                                           |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |         |  |   |  |







|                                         |        |                                                                                                                                                                                                                                |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
|-----------------------------------------|--------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------|--|----------------------|--|----------------------|--|-----------------------|--|-----------------------------|--|
| 告示番号                                    |        | 48                                                                                                                                                                                                                             |  | 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                                      |        | 69 17β-ヒドロキシステロイド脱水素酵素欠損症                                                                                                                                                                                                      |  |                                            |  |                      |  |                      |  | 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 ( )<br>資格取得年月日 年 月 日                                                                                                                                                                |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
| 氏名                                      |        | (セイメイ)<br>(姓)                                                                                                                                                                                                                  |  |                                            |  |                      |  | 以前の登録氏名<br>(変更のある場合) |  | (セイメイ)<br>(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<br>身長・体重                            |        | 身長<br>(測定日)                                                                                                                                                                                                                    |  | cm ( SD)<br>年 月 日                          |  | 体重<br>(測定日)          |  | kg ( SD)<br>年 月 日    |  | BMI                   |  |                             |  |
|                                         |        |                                                                                                                                                                                                                                |  |                                            |  |                      |  |                      |  | 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<br>(Tanner分類)                      |        | 二次性徴：[ なし ・ あり ] 思春期開始年齢：( 歳 か月 )<br>乳房発育 (女子のみ)：[ I ・ II ・ III ・ IV ・ V ] 年齢 (発現時)：( 歳 か月 )<br>陰毛発育 (男女共)：[ I ・ II ・ III ・ IV ・ V ] 年齢 (発現時)：( 歳 か月 )<br>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 ]<br>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 ]<br>陰唇癒合 (女子のみ)：[ なし ・ あり ] 小陰茎 (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 ]<br>症状 (その他)：( )                                                                                                                                                                                             |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
| 臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載                    |        |                                                                                                                                                                                                                                |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
| 二次性徴<br>(Tanner分類)                      |        | 二次性徴：[ なし ・ あり ] 思春期開始年齢：( 歳 か月 )<br>乳房発育 (女子のみ)：[ I ・ II ・ III ・ IV ・ V ] 年齢 (発現時)：( 歳 か月 )<br>陰毛発育 (男女共)：[ I ・ II ・ III ・ IV ・ V ] 年齢 (発現時)：( 歳 か月 )<br>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 ]<br>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 ]<br>陰唇癒合 (女子のみ)：[ なし ・ あり ] 小陰茎 (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 ]<br>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 )<br>LH基礎値：( )mIU/mL LH頂値：( )mIU/mL<br>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 )<br>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<br>アンドロステンジオン基礎値：( )ng/mL アンドロステンジオン頂値：( )ng/mL<br>アンドロステンジオン/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 <sub>2</sub> )：( )pg/mL DHEA-S：( )ng/mL ・ μg/dL<br>DHEA：( )ng/mL LH：( )mIU/mL FSH：( )mIU/mL<br>アンドロステンジオン/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 )<br>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 ]                                                                                                                                                           |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |





|                                         |        |                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                            |                             |             |                      |                   |               |                       |                             |         |  |
|-----------------------------------------|--------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------|-----------------------------|-------------|----------------------|-------------------|---------------|-----------------------|-----------------------------|---------|--|
| 告示番号                                    |        | 47                                                                                                                                                                                                                                                 |  | 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                                      |        | 70 アンドロゲン不応症                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                            |                             |             |                      |                   | 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 ( )<br>資格取得年月日 年 月 日                                                                                                                                                                                    |  |                                            |                             |             |                      |                   |               |                       |                             |         |  |
| 氏名                                      |        | (セイメイ)<br>(姓)                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                            |                             |             | 以前の登録氏名<br>(変更のある場合) |                   | (セイメイ)<br>(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<br>身長・体重                            |        | 身長<br>(測定日)                                                                                                                                                                                                                                        |  | cm ( SD)<br>年 月 日                          |                             | 体重<br>(測定日) |                      | kg ( SD)<br>年 月 日 |               | BMI                   |                             |         |  |
|                                         |        |                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                            |                             |             |                      |                   |               | 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<br>(Tanner分類)                      |        | 二次性徴：[ なし ・ あり ] 思春期開始年齢：( 歳 か月 )<br>乳房発育 (女子のみ)：[ I ・ II ・ III ・ IV ・ V ] 年齢 (発現時)：( 歳 か月 )<br>陰毛発育 (男女共)：[ I ・ II ・ III ・ IV ・ V ] 年齢 (発現時)：( 歳 か月 )<br>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 ]<br>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 ]<br>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 ]<br>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    | 外性器異常：[ なし ・ あり ]<br>症状 (その他)：( )                                                                                                                                                                                                                  |  |                                            |                             |             |                      |                   |               |                       |                             |         |  |
| 臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載                    |        |                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                            |                             |             |                      |                   |               |                       |                             |         |  |
| 二次性徴<br>(Tanner分類)                      |        | 二次性徴：[ なし ・ あり ] 思春期開始年齢：( 歳 か月 )<br>乳房発育 (女子のみ)：[ I ・ II ・ III ・ IV ・ V ] 年齢 (発現時)：( 歳 か月 )<br>陰毛発育 (男女共)：[ I ・ II ・ III ・ IV ・ V ] 年齢 (発現時)：( 歳 か月 )<br>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 ]<br>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 ]<br>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 ]<br>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    | 外性器異常：[ なし ・ あり ]<br>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 )<br>LH基礎値：( )mIU/mL LH頂値：( )mIU/mL<br>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 )<br>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<br>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<br>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 <sub>2</sub> )：( )pg/mL DHEA-S：( )ng/mL ・ µg/dL<br>DHEA：( )ng/mL LH：( )mIU/mL FSH：( )mIU/mL LH/FSH：( )<br>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                                                        |  |                                            |                             |             |                      |                   |               |                       |                             |         |  |







|                                         |        |                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                            |                             |      |                      |                      |      |               |  |                 |  |                             |  |   |  |
|-----------------------------------------|--------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------|-----------------------------|------|----------------------|----------------------|------|---------------|--|-----------------|--|-----------------------------|--|---|--|
| 告示番号                                    |        | 50                                                                                                                                                                                                                                                 |  | 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                                      |        | 71 68から70までに掲げるもののほか、46,XY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（）<br>資格取得年月日 年 月 日                                                                                                                                                                                               |  |                                            |                             |      |                      |                      |      |               |  |                 |  |                             |  |   |  |
| 氏名                                      |        | (セイメイ)<br>(姓)                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                            |                             |      | 以前の登録氏名<br>(変更のある場合) |                      |      | (セイメイ)<br>(姓) |  |                 |  |                             |  |   |  |
| 住所                                      |        | 郵便番号（ー）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<br>身長・体重                            |        | 身長<br>(測定日)                                                                                                                                                                                                                                        |  | cm ( SD)                                   |                             |      |                      | 体重<br>(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 |        |                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                            |                             |      |                      |                      |      |               |  |                 |  |                             |  |   |  |
| 具体的な疾病名                                 |        | ( )                                                                                                                                                                                                                                                |  |                                            |                             |      |                      |                      |      | 最終受診日         |  | ( 年 月 日 )       |  |                             |  |   |  |
| 二次性徴<br>(Tanner分類)                      |        | 二次性徴:[ なし ・ あり ] 思春期開始年齢:( 歳 か月 )<br>乳房発育 (女子のみ):[ I ・ II ・ III ・ IV ・ V ] 年齢 (発現時):( 歳 か月 )<br>陰毛発育 (男女共):[ I ・ II ・ III ・ IV ・ V ] 年齢 (発現時):( 歳 か月 )<br>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 ]<br>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 ]<br>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 ]<br>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    | 外性器異常:[ なし ・ あり ]<br>症状 (その他):( )                                                                                                                                                                                                                  |  |                                            |                             |      |                      |                      |      |               |  |                 |  |                             |  |   |  |
| 臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載                    |        |                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                            |                             |      |                      |                      |      |               |  |                 |  |                             |  |   |  |
| 二次性徴<br>(Tanner分類)                      |        | 二次性徴:[ なし ・ あり ] 思春期開始年齢:( 歳 か月 )<br>乳房発育 (女子のみ):[ I ・ II ・ III ・ IV ・ V ] 年齢 (発現時):( 歳 か月 )<br>陰毛発育 (男女共):[ I ・ II ・ III ・ IV ・ V ] 年齢 (発現時):( 歳 か月 )<br>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 ]<br>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 ]<br>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 ]<br>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    | 外性器異常:[ なし ・ あり ]<br>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 )<br>LH基礎値:( )mIU/mL LH頂値:( )mIU/mL<br>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 )<br>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<br>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<br>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 <sub>2</sub> ):( )pg/mL DHEA-S:( )ng/mL ・ μg/dL<br>DHEA:( )ng/mL LH:( )mIU/mL FSH:( )mIU/mL LH/FSH:( )<br>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 )<br>性腺所見:詳細:( )                                                                                                                                                                                                   |  |                                            |                             |      |                      |                      |      |               |  |                 |  |                             |  |   |  |





|                                         |        |                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |       |  |
|-----------------------------------------|--------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------|--|-----------------------------|--|----------------------|--|-----------------------|--|-----------------------------|--|-------|--|
| 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 ( )<br>資格取得年月日 年 月 日                                                                                                                                                                                              |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |       |  |
| 氏名                                      |        | (セイメイ)<br>(姓)                                                                                                                                                                                                                                                |  |                                            |  |                             |  | 以前の登録氏名<br>(変更のある場合) |  | (セイメイ)<br>(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<br>身長・体重                            |        | 身長<br>(測定日)                                                                                                                                                                                                                                                  |  | cm ( SD)                                   |  |                             |  | 体重<br>(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<br>(Tanner分類)                      |        | 二次性徴: [ なし ・ あり ] 思春期開始年齢: ( 歳 か月 )<br>乳房発育 (女子のみ): [ I ・ II ・ III ・ IV ・ V ] 年齢 (発現時): ( 歳 か月 )<br>陰毛発育 (男女共): [ I ・ II ・ III ・ IV ・ V ] 年齢 (発現時): ( 歳 か月 )<br>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 ]<br>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 ]<br>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 ]<br>骨年齢遅延: [ なし ・ あり ] |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |       |  |
|                                         | その他    | 外性器異常: [ なし ・ あり ]<br>症状 (その他): ( )                                                                                                                                                                                                                          |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |       |  |
| 臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載                    |        |                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |       |  |
| 二次性徴<br>(Tanner分類)                      |        | 二次性徴: [ なし ・ あり ] 思春期開始年齢: ( 歳 か月 )<br>乳房発育 (女子のみ): [ I ・ II ・ III ・ IV ・ V ] 年齢 (発現時): ( 歳 か月 )<br>陰毛発育 (男女共): [ I ・ II ・ III ・ IV ・ V ] 年齢 (発現時): ( 歳 か月 )<br>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 ]<br>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 ]<br>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 ]<br>骨年齢遅延: [ なし ・ あり ] |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |       |  |
|                                         | その他    | 外性器異常: [ なし ・ あり ]<br>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 )<br>LH基礎値: ( )mIU/mL LH頂値: ( )mIU/mL<br>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 )<br>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<br>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<br>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 <sub>2</sub> ): ( )pg/mL DHEA-S: ( )ng/mL ・ μg/dL<br>DHEA: ( )ng/mL LH: ( )mIU/mL FSH: ( )mIU/mL LH/FSH: ( )<br>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 )<br>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 ]                                                                                                                                                                                      |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |       |  |





|                                         |  |                                                                 |  |                                            |               |                                                            |  |                      |  |                                      |               |                             |  |       |  |
|-----------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------|---------------|------------------------------------------------------------|--|----------------------|--|--------------------------------------|---------------|-----------------------------|--|-------|--|
| 告示番号                                    |  | 42                                                              |  | 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                                      |  | 73 VIP産生腫瘍                                                      |  |                                            |               |                                                            |  |                      |  | 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 ( )<br>資格取得年月日 年 月 日 |  |                                            |               |                                                            |  |                      |  |                                      |               |                             |  |       |  |
| 氏名                                      |  | (セイメイ)<br>(姓)                                                   |  |                                            |               |                                                            |  | 以前の登録氏名<br>(変更のある場合) |  | (セイメイ)<br>(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<br>身長・体重                            |  | 身長<br>(測定日)                                                     |  | cm ( SD)                                   |               |                                                            |  | 体重<br>(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 )                                                       |  |                                            |               |                                                            |  |                      |  |                                      |               |                             |  |       |  |
| 症<br>状                                  |  | 消化器                                                             |  | 水様下痢：[ なし ・ あり ]                           |               |                                                            |  |                      |  |                                      |               |                             |  |       |  |
|                                         |  | 皮膚・粘膜                                                           |  | 皮膚紅潮：[ なし ・ あり ]                           |               |                                                            |  |                      |  |                                      |               |                             |  |       |  |
|                                         |  | その他                                                             |  | 低カリウム血症：[ なし ・ あり ]<br>症状 (その他)：( )        |               |                                                            |  |                      |  |                                      |               |                             |  |       |  |
| 臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載                    |  |                                                                 |  |                                            |               |                                                            |  |                      |  |                                      |               |                             |  |       |  |
| 症<br>状                                  |  | 消化器                                                             |  | 水様下痢：[ なし ・ あり ]                           |               |                                                            |  |                      |  |                                      |               |                             |  |       |  |
|                                         |  | 皮膚・粘膜                                                           |  | 皮膚紅潮：[ なし ・ あり ]                           |               |                                                            |  |                      |  |                                      |               |                             |  |       |  |
|                                         |  | その他                                                             |  | 低カリウム血症：[ なし ・ あり ]<br>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 |  |                                                                 |  |                                            |               |                                                            |  |                      |  |                                      |               |                             |  |       |  |
| 便検査                                     |  | 便中Na：( )mEq/L                                                   |  |                                            |               | 便中K：( )mEq/L                                               |  |                      |  | 便浸透圧ギャップ：( )mOsm/kg・H <sub>2</sub> O |               |                             |  |       |  |
| 血液検査                                    |  | 血清アルブミン：( )g/dL<br>血清Ca：( )mg/dL<br>VIP：( )pg/mL ・ 未実施          |  |                                            |               | 血清K：( )mEq/L<br>血清Ca (補正值)：( )mg/dL<br>intact PTH：( )pg/mL |  |                      |  |                                      |               |                             |  |       |  |
| 画像検査                                    |  | CTまたはMRI検査：[ 未実施 ・ 実施 ]                                         |  |                                            |               | 実施日：( 年 月 日 )                                              |  |                      |  |                                      |               |                             |  |       |  |
|                                         |  | 部位：( )                                                          |  |                                            |               |                                                            |  |                      |  |                                      |               |                             |  |       |  |
|                                         |  | 所見：( )                                                          |  |                                            |               |                                                            |  |                      |  |                                      |               |                             |  |       |  |
| 検査所見 (その他)                              |  | 内視鏡検査 (消化管)：[ 未実施 ・ 実施 ]                                        |  |                                            |               | 実施日：( 年 月 日 )                                              |  |                      |  |                                      |               |                             |  |       |  |
|                                         |  | 所見：( )                                                          |  |                                            |               |                                                            |  |                      |  |                                      |               |                             |  |       |  |
|                                         |  | 画像検査 (その他)：[ 未実施 ・ 実施 ]                                         |  |                                            |               | 実施日：( 年 月 日 )                                              |  |                      |  |                                      |               |                             |  |       |  |
| 検査所見 (その他)                              |  | 部位：( )                                                          |  |                                            |               |                                                            |  |                      |  |                                      |               |                             |  |       |  |
|                                         |  | 所見：( )                                                          |  |                                            |               |                                                            |  |                      |  |                                      |               |                             |  |       |  |
|                                         |  | 検査所見 (その他)：( )                                                  |  |                                            |               |                                                            |  |                      |  |                                      |               |                             |  |       |  |
| 検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載                    |  |                                                                 |  |                                            |               |                                                            |  |                      |  |                                      |               |                             |  |       |  |
| 血液検査                                    |  | 血清K：( )mEq/L                                                    |  |                                            |               | VIP：( )pg/mL ・ 未実施                                         |  |                      |  |                                      |               |                             |  |       |  |
| 画像検査                                    |  | CTまたはMRI検査：[ 未実施 ・ 実施 ]                                         |  |                                            |               | 実施日：( 年 月 日 )                                              |  |                      |  |                                      |               |                             |  |       |  |
|                                         |  | 部位：( )                                                          |  |                                            |               |                                                            |  |                      |  |                                      |               |                             |  |       |  |
|                                         |  | 所見：( )                                                          |  |                                            |               |                                                            |  |                      |  |                                      |               |                             |  |       |  |
| 検査所見 (その他)                              |  | 内視鏡検査 (消化管)：[ 未実施 ・ 実施 ]                                        |  |                                            |               | 実施日：( 年 月 日 )                                              |  |                      |  |                                      |               |                             |  |       |  |
|                                         |  | 所見：( )                                                          |  |                                            |               |                                                            |  |                      |  |                                      |               |                             |  |       |  |
|                                         |  | 画像検査 (その他)：[ 未実施 ・ 実施 ]                                         |  |                                            |               | 実施日：( 年 月 日 )                                              |  |                      |  |                                      |               |                             |  |       |  |
| 検査所見 (その他)                              |  | 部位：( )                                                          |  |                                            |               |                                                            |  |                      |  |                                      |               |                             |  |       |  |
|                                         |  | 所見：( )                                                          |  |                                            |               |                                                            |  |                      |  |                                      |               |                             |  |       |  |
|                                         |  | 検査所見 (その他)：( )                                                  |  |                                            |               |                                                            |  |                      |  |                                      |               |                             |  |       |  |

その他の所見（申請時） ※直近の状況を記載

|     |                           |
|-----|---------------------------|
| 合併症 | 合併症：[ なし ・ あり ]<br>詳細：( ) |
|-----|---------------------------|

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 ]<br>詳細：( )   |
|      | 機能抑制療法：[ なし ・ あり ]<br>詳細：( ) |
|      | 薬物療法（その他）：( )                |

[illegible]

|    |             |
|----|-------------|
| 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 |

|         |                                                                                                                                                              |
|---------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 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) ・<br>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 ・<br>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 ( )<br>被保険者番号 ( ) 被保険者個人単位枝番 ( )<br>資格取得年月日 年 月 日 |



|                                         |  |                                                                                         |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
|-----------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------|--|----------------------|--|----------------------|--|-----------------------|--|-----------------------------|--|
| 告示番号                                    |  | 40                                                                                      |  | 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                                      |  | 74 ガストリノーマ                                                                              |  |                                            |  |                      |  |                      |  | 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 ( )<br>資格取得年月日 年 月 日                         |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
| 氏名                                      |  | (セイメイ)<br>(姓)                                                                           |  |                                            |  |                      |  | 以前の登録氏名<br>(変更のある場合) |  | (セイメイ)<br>(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 月 日              |  |                      |  |                       |  |                             |  |
| 現在の<br>身長・体重                            |  | 身長<br>(測定日)                                                                             |  | cm ( SD)<br>年 月 日                          |  | 体重<br>(測定日)          |  | kg ( SD)<br>年 月 日    |  | BMI                   |  |                             |  |
|                                         |  |                                                                                         |  |                                            |  |                      |  |                      |  | 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 )                                                                               |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
| 症 状                                     |  | 消化器                                                                                     |  | 下痢：[ なし ・ あり ] 消化性潰瘍：[ 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                    |  |                                                                                         |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
| 症 状                                     |  | 消化器                                                                                     |  | 下痢：[ なし ・ あり ] 消化性潰瘍：[ 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 |  |                                                                                         |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
| 負荷試験                                    |  | カルシウム負荷試験：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )<br>ガストリン頂値：( )pg/mL                                |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
| 血液検査                                    |  | 血清アルブミン：( )g/dL 血清Ca：( )mg/dL 血清Ca (補正值)：( )mg/dL<br>intact PTH：( )pg/mL ガストリン：( )pg/mL |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
| 胃酸分泌検査                                  |  | 胃酸分泌測定 (BAO／MAO)：[ 未実施 ・ 実施 ]<br>胃内24時間pHモニタリング：[ 未実施 ・ 実施 ]<br>空腹時胃内pH測定：[ 未実施 ・ 実施 ]  |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
|                                         |  | 胃酸過剰分泌：[ なし ・ あり ]                                                                      |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
| 画像検査                                    |  | CTまたはMRI検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )<br>部位：( )<br>所見：( )                               |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
|                                         |  | 内視鏡検査 (消化管)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )<br>所見：( )                                        |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
|                                         |  | 画像検査 (その他)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )<br>部位：( )<br>所見：( )                               |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
| 検査所見 (その他)                              |  | 検査所見 (その他)：( )                                                                          |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
| 検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載                    |  |                                                                                         |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
| 血液検査                                    |  | ガストリン：( )pg/mL                                                                          |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
| 画像検査                                    |  | CTまたはMRI検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )<br>部位：( )<br>所見：( )                               |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
|                                         |  | 内視鏡検査 (消化管)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )<br>所見：( )                                        |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
|                                         |  | 画像検査 (その他)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )<br>部位：( )<br>所見：( )                               |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
| 検査所見 (その他)                              |  | 検査所見 (その他)：( )                                                                          |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |

その他の所見（申請時） ※直近の状況を記載

|     |                           |
|-----|---------------------------|
| 合併症 | 合併症：[ なし ・ あり ]<br>詳細：( ) |
|-----|---------------------------|

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 ]<br>詳細：( )   |
|      | 機能抑制療法：[ なし ・ あり ]<br>詳細：( ) |
|      | 薬物療法（その他）：( )                |

[illegible]

|    |             |
|----|-------------|
| 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（ |

|         |                                                                                                                                                              |
|---------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 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) ・<br>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 ・<br>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 ( )<br>被保険者番号 ( ) 被保険者個人単位枝番 ( )<br>資格取得年月日 年 月 日 |

|                                         |       |                                                                 |                                            |        |                             |          |                                 |          |               |                       |                             |     |   |
|-----------------------------------------|-------|-----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|--------|-----------------------------|----------|---------------------------------|----------|---------------|-----------------------|-----------------------------|-----|---|
| 告示番号                                    |       | 41                                                              |                                            | 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                                      |       | 75 カルチノイド症候群                                                    |                                            |        |                             |          |                                 |          | 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 ( )<br>資格取得年月日 年 月 日 |                                            |        |                             |          |                                 |          |               |                       |                             |     |   |
| 氏名                                      |       | (セイメイ)<br>(姓)                                                   |                                            |        |                             |          | 以前の登録氏名<br>(変更のある場合)            |          | (セイメイ)<br>(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<br>身長・体重                            |       | 身長<br>(測定日)                                                     | cm ( SD)                                   |        |                             |          | 体重<br>(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 )                                                       |                                            |        |                             |          |                                 |          |               |                       |                             |     |   |
| 症状                                      | 消化器   | 下痢：[ なし ・ あり ]                                                  |                                            |        |                             |          |                                 |          |               |                       |                             |     |   |
|                                         | 皮膚・粘膜 | 顔面紅潮：[ 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                    |       |                                                                 |                                            |        |                             |          |                                 |          |               |                       |                             |     |   |
| 症状                                      | 消化器   | 下痢：[ なし ・ あり ]                                                  |                                            |        |                             |          |                                 |          |               |                       |                             |     |   |
|                                         | 皮膚・粘膜 | 顔面紅潮：[ 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 |       |                                                                 |                                            |        |                             |          |                                 |          |               |                       |                             |     |   |
| 尿検査                                     |       | 尿中5-HIAA：( )mg/day                                              |                                            |        |                             |          |                                 |          |               |                       |                             |     |   |
| 血液検査                                    |       | 血清アルブミン：( )g/dL<br>intact PTH：( )pg/mL                          |                                            |        |                             |          | 血清Ca：( )mg/dL<br>セロトニン：( )ng/mL |          |               | 血清Ca (補正值)：( )mg/dL   |                             |     |   |
| 画像検査                                    |       | CTまたはMRI検査：[ 未実施 ・ 実施 ]<br>部位：( )<br>所見：( )                     |                                            |        |                             |          | 実施日：( 年 月 日 )                   |          |               |                       |                             |     |   |
|                                         |       | 内視鏡検査 (消化管)：[ 未実施 ・ 実施 ]<br>所見：( )                              |                                            |        |                             |          | 実施日：( 年 月 日 )                   |          |               |                       |                             |     |   |
|                                         |       | 画像検査 (その他)：[ 未実施 ・ 実施 ]<br>部位：( )<br>所見：( )                     |                                            |        |                             |          | 実施日：( 年 月 日 )                   |          |               |                       |                             |     |   |
| 検査所見 (その他)                              |       | 検査所見 (その他)：( )                                                  |                                            |        |                             |          |                                 |          |               |                       |                             |     |   |
| 検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載                    |       |                                                                 |                                            |        |                             |          |                                 |          |               |                       |                             |     |   |
| 尿検査                                     |       | 尿中5-HIAA：( )mg/day                                              |                                            |        |                             |          |                                 |          |               |                       |                             |     |   |
| 血液検査                                    |       | セロトニン：( )ng/mL                                                  |                                            |        |                             |          |                                 |          |               |                       |                             |     |   |
| 画像検査                                    |       | CTまたはMRI検査：[ 未実施 ・ 実施 ]<br>部位：( )<br>所見：( )                     |                                            |        |                             |          | 実施日：( 年 月 日 )                   |          |               |                       |                             |     |   |
|                                         |       | 内視鏡検査 (消化管)：[ 未実施 ・ 実施 ]<br>所見：( )                              |                                            |        |                             |          | 実施日：( 年 月 日 )                   |          |               |                       |                             |     |   |
|                                         |       | 画像検査 (その他)：[ 未実施 ・ 実施 ]<br>部位：( )<br>所見：( )                     |                                            |        |                             |          | 実施日：( 年 月 日 )                   |          |               |                       |                             |     |   |
| 検査所見 (その他)                              |       | 検査所見 (その他)：( )                                                  |                                            |        |                             |          |                                 |          |               |                       |                             |     |   |



|                                         |       |                                                                                                                                                                                  |                                            |        |                             |             |                      |          |               |                       |                             |     |  |
|-----------------------------------------|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|--------|-----------------------------|-------------|----------------------|----------|---------------|-----------------------|-----------------------------|-----|--|
| 告示番号                                    |       | 15                                                                                                                                                                               |                                            | 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                                      |       | 76 グルカゴノーマ                                                                                                                                                                       |                                            |        |                             |             |                      |          | 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 ( )<br>資格取得年月日 年 月 日                                                                                                                  |                                            |        |                             |             |                      |          |               |                       |                             |     |  |
| 氏名                                      |       | (セイメイ)<br>(姓)                                                                                                                                                                    |                                            |        |                             |             | 以前の登録氏名<br>(変更のある場合) |          | (セイメイ)<br>(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<br>身長・体重                            |       | 身長<br>(測定日)                                                                                                                                                                      | cm ( SD)                                   |        |                             | 体重<br>(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 )                                                                                                                                                                        |                                            |        |                             |             |                      |          |               |                       |                             |     |  |
| 症状                                      | 全身    | 全身倦怠感：[ なし ・ あり ]      食欲不振：[ なし ・ あり ]      体重減少：[ なし ・ あり ]<br>口渇：[ なし ・ あり ]      正色素性貧血：[ なし ・ あり ]                                                                          |                                            |        |                             |             |                      |          |               |                       |                             |     |  |
|                                         | 消化器   | 悪心・嘔吐：[ なし ・ あり ]      腹痛：[ なし ・ あり ]      腹部腫瘍：[ なし ・ あり ]                                                                                                                      |                                            |        |                             |             |                      |          |               |                       |                             |     |  |
|                                         | 皮膚・粘膜 | 皮疹：[ なし ・ あり ]      口内炎・舌炎：[ なし ・ あり ]                                                                                                                                           |                                            |        |                             |             |                      |          |               |                       |                             |     |  |
|                                         | その他   | 低アミノ酸血症：[ なし ・ あり ]<br>症状 (その他)：( )                                                                                                                                              |                                            |        |                             |             |                      |          |               |                       |                             |     |  |
| 臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載                    |       |                                                                                                                                                                                  |                                            |        |                             |             |                      |          |               |                       |                             |     |  |
| 症状                                      | 全身    | 全身倦怠感：[ なし ・ あり ]      食欲不振：[ なし ・ あり ]      体重減少：[ なし ・ あり ]<br>口渇：[ なし ・ あり ]      正色素性貧血：[ なし ・ あり ]                                                                          |                                            |        |                             |             |                      |          |               |                       |                             |     |  |
|                                         | 消化器   | 悪心・嘔吐：[ なし ・ あり ]      腹痛：[ なし ・ あり ]      腹部腫瘍：[ なし ・ あり ]                                                                                                                      |                                            |        |                             |             |                      |          |               |                       |                             |     |  |
|                                         | 皮膚・粘膜 | 皮疹：[ なし ・ あり ]      口内炎・舌炎：[ なし ・ あり ]                                                                                                                                           |                                            |        |                             |             |                      |          |               |                       |                             |     |  |
|                                         | その他   | 低アミノ酸血症：[ なし ・ あり ]<br>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                                    |       | 血清アルブミン：( )g/dL      血清Ca：( )mg/dL      血清Ca (補正值)：( )mg/dL<br>intact PTH：( )pg/mL      HbA <sub>1c</sub> ：( )%      グルカゴン：( )ng/mL<br>血糖値 (随時)：( )mg/dL      血糖値 (空腹時)：( )mg/dL |                                            |        |                             |             |                      |          |               |                       |                             |     |  |
| 画像検査                                    |       | CTまたはMRI検査：[ 未実施 ・ 実施 ]      実施日：( 年 月 日 )<br>部位：( )<br>所見：( )                                                                                                                   |                                            |        |                             |             |                      |          |               |                       |                             |     |  |
|                                         |       | 内視鏡検査 (消化管)：[ 未実施 ・ 実施 ]      実施日：( 年 月 日 )<br>所見：( )                                                                                                                            |                                            |        |                             |             |                      |          |               |                       |                             |     |  |
|                                         |       | 画像検査 (その他)：[ 未実施 ・ 実施 ]      実施日：( 年 月 日 )<br>部位：( )<br>所見：( )                                                                                                                   |                                            |        |                             |             |                      |          |               |                       |                             |     |  |
| 検査所見 (その他)                              |       | 検査所見 (その他)：( )                                                                                                                                                                   |                                            |        |                             |             |                      |          |               |                       |                             |     |  |
| 検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載                    |       |                                                                                                                                                                                  |                                            |        |                             |             |                      |          |               |                       |                             |     |  |
| 血液検査                                    |       | 血清アルブミン：( )g/dL      HbA <sub>1c</sub> ：( )%      グルカゴン：( )pg/mL<br>血糖値 (随時)：( )mg/dL      血糖値 (空腹時)：( )mg/dL                                                                    |                                            |        |                             |             |                      |          |               |                       |                             |     |  |
| 画像検査                                    |       | CTまたはMRI検査：[ 未実施 ・ 実施 ]      実施日：( 年 月 日 )<br>部位：( )<br>所見：( )                                                                                                                   |                                            |        |                             |             |                      |          |               |                       |                             |     |  |
|                                         |       | 内視鏡検査 (消化管)：[ 未実施 ・ 実施 ]      実施日：( 年 月 日 )<br>所見：( )                                                                                                                            |                                            |        |                             |             |                      |          |               |                       |                             |     |  |



|                                         |  |                                                                                                                                                                                                     |  |                                            |  |                      |  |                       |  |                             |  |                |  |  |  |
|-----------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------|--|----------------------|--|-----------------------|--|-----------------------------|--|----------------|--|--|--|
| 告示番号                                    |  | 17                                                                                                                                                                                                  |  | 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                                      |  | 77 インスリノーマ                                                                                                                                                                                          |  |                                            |  |                      |  | 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 ( )<br>資格取得年月日 年 月 日                                                                                                                                     |  |                                            |  |                      |  |                       |  |                             |  |                |  |  |  |
| 氏名                                      |  | (セイメイ)<br>(姓)                                                                                                                                                                                       |  |                                            |  | 以前の登録氏名<br>(変更のある場合) |  | (セイメイ)<br>(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<br>身長・体重                            |  | 身長<br>(測定日)                                                                                                                                                                                         |  | cm ( SD)<br>年 月 日                          |  | 体重<br>(測定日)          |  | kg ( SD)<br>年 月 日     |  | BMI                         |  |                |  |  |  |
|                                         |  |                                                                                                                                                                                                     |  |                                            |  |                      |  |                       |  | 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 )                                                                                                                                                                                           |  |                                            |  |                      |  |                       |  |                             |  |                |  |  |  |
| 症状                                      |  | 全身                                                                                                                                                                                                  |  | 発汗：[ なし ・ あり ]                             |  |                      |  | 低血糖症状：[ なし ・ あり ]     |  |                             |  | 振戦：[ なし ・ あり ] |  |  |  |
|                                         |  | 精神・神経                                                                                                                                                                                               |  | 痙攣：[ なし ・ あり ]                             |  |                      |  | 意識障害：[ なし ・ あり ・ 不明 ] |  |                             |  |                |  |  |  |
|                                         |  | その他                                                                                                                                                                                                 |  | 症状 (その他)：( )                               |  |                      |  |                       |  |                             |  |                |  |  |  |
| 臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載                    |  |                                                                                                                                                                                                     |  |                                            |  |                      |  |                       |  |                             |  |                |  |  |  |
| 症状                                      |  | 全身                                                                                                                                                                                                  |  | 発汗：[ なし ・ あり ]                             |  |                      |  | 低血糖症状：[ なし ・ あり ]     |  |                             |  | 振戦：[ なし ・ あり ] |  |  |  |
|                                         |  | 精神・神経                                                                                                                                                                                               |  | 痙攣：[ なし ・ あり ]                             |  |                      |  | 意識障害：[ なし ・ あり ・ 不明 ] |  |                             |  |                |  |  |  |
|                                         |  | 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 |  |                                                                                                                                                                                                     |  |                                            |  |                      |  |                       |  |                             |  |                |  |  |  |
| 負荷試験                                    |  | グルカゴン負荷試験：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )<br>血糖値 (前値)：( )mg/dL 血糖値 (頂値)：( )mg/dL                                                                                                                         |  |                                            |  |                      |  |                       |  |                             |  |                |  |  |  |
| 血液検査                                    |  | 血糖値 (空腹時)：( )mg/dL インスリン (IRI)：( )μU/mL プロインスリン：( )pmol/L ・ 未実施<br>プロインスリン/インスリン比 (P/I比)：( ) ・ 未実施 Cペプチド (CPR)：( )ng/mL<br>血清アルブミン：( )g/dL 血清Ca：( )mg/dL 血清Ca (補正值)：( )mg/dL<br>intact PTH：( )pg/mL |  |                                            |  |                      |  |                       |  |                             |  |                |  |  |  |
|                                         |  | 低血糖時の検査：[ 未実施 ・ 実施 ]<br>血糖値 (低血糖時)：( )mg/dL インスリン (IRI)：( )μU/mL プロインスリン：( )pmol/L ・ 未実施                                                                                                            |  |                                            |  |                      |  |                       |  |                             |  |                |  |  |  |
| 画像検査                                    |  | 超音波検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )<br>部位：( )<br>所見：( )                                                                                                                                                |  |                                            |  |                      |  |                       |  |                             |  |                |  |  |  |
|                                         |  | CTまたはMRI検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )<br>部位：( )<br>所見：( )                                                                                                                                           |  |                                            |  |                      |  |                       |  |                             |  |                |  |  |  |
|                                         |  | 血管造影：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )<br>部位：( )<br>所見：( )                                                                                                                                                 |  |                                            |  |                      |  |                       |  |                             |  |                |  |  |  |
|                                         |  | 内視鏡検査 (消化管)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )<br>所見：( )                                                                                                                                                    |  |                                            |  |                      |  |                       |  |                             |  |                |  |  |  |
|                                         |  | 画像検査 (その他)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )<br>部位：( )<br>所見：( )                                                                                                                                           |  |                                            |  |                      |  |                       |  |                             |  |                |  |  |  |
| 検査所見 (その他)                              |  | 検査所見 (その他)：( )                                                                                                                                                                                      |  |                                            |  |                      |  |                       |  |                             |  |                |  |  |  |







|                                         |  |                                                                                                                                                  |  |                                                 |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |  |
|-----------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------|--|----------------------|--|----------------------|--|-----------------------|--|-----------------------------|--|--|
| 告示番号                                    |  | 18                                                                                                                                               |  | 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                                      |  | 78 先天性高インスリン血症                                                                                                                                   |  |                                                 |  |                      |  |                      |  | 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 ( )<br>資格取得年月日 年 月 日                                                                                  |  |                                                 |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |  |
| 氏名                                      |  | (セイメイ)<br>(姓)                                                                                                                                    |  |                                                 |  |                      |  | 以前の登録氏名<br>(変更のある場合) |  | (セイメイ)<br>(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<br>身長・体重                            |  | 身長<br>(測定日)                                                                                                                                      |  | cm ( SD)<br>年 月 日                               |  | 体重<br>(測定日)          |  | kg ( SD)<br>年 月 日    |  | BMI                   |  |                             |  |  |
|                                         |  |                                                                                                                                                  |  |                                                 |  |                      |  |                      |  | 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 )                                                                                                                                        |  |                                                 |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |  |
| 症状                                      |  | 全身                                                                                                                                               |  | 発汗：[ なし ・ あり ] 低血糖症状：[ なし ・ あり ] 振戦：[ なし ・ あり ] |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |  |
|                                         |  | 精神・神経                                                                                                                                            |  | 痙攣：[ なし ・ あり ] 意識障害：[ なし ・ あり ・ 不明 ]            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |  |
|                                         |  | その他                                                                                                                                              |  | 症状 (その他)：( )                                    |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |  |
| 臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載                    |  |                                                                                                                                                  |  |                                                 |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |  |
| 症状                                      |  | 全身                                                                                                                                               |  | 発汗：[ なし ・ あり ] 低血糖症状：[ なし ・ あり ] 振戦：[ なし ・ あり ] |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |  |
|                                         |  | 精神・神経                                                                                                                                            |  | 痙攣：[ なし ・ あり ] 意識障害：[ なし ・ あり ・ 不明 ]            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |  |
|                                         |  | 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 |  |                                                                                                                                                  |  |                                                 |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |  |
| 負荷試験                                    |  | グルカゴン負荷試験：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )<br>血糖値 (前値)：( )mg/dL 血糖値 (頂値)：( )mg/dL                                                                      |  |                                                 |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |  |
| 血液検査                                    |  | 血糖値 (空腹時)：( )mg/dL インスリン (IRI)：( )μU/mL プロインスリン：( )pmol/L ・ 未実施<br>プロインスリン/インスリン比 (P/I比)：( ) ・ 未実施 Cペプチド (CPR)：( )ng/mL                          |  |                                                 |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |  |
|                                         |  | 低血糖時の検査：[ 未実施 ・ 実施 ]<br>血糖値 (低血糖時)：( )mg/dL インスリン (IRI)：( )μU/mL プロインスリン：( )pmol/L ・ 未実施<br>プロインスリン/インスリン比 (P/I比)：( ) ・ 未実施 Cペプチド (CPR)：( )ng/mL |  |                                                 |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |  |
| 画像検査                                    |  | 超音波検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )<br>部位：( )<br>所見：( )                                                                                             |  |                                                 |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |  |
|                                         |  | CTまたはMRI検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )<br>部位：( )<br>所見：( )                                                                                        |  |                                                 |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |  |
|                                         |  | 血管造影：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )<br>部位：( )<br>所見：( )                                                                                              |  |                                                 |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |  |
|                                         |  | 内視鏡検査 (消化管)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )<br>所見：( )                                                                                                 |  |                                                 |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |  |
|                                         |  | 画像検査 (その他)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )<br>部位：( )<br>所見：( )                                                                                        |  |                                                 |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |  |
| 遺伝学的検査                                  |  | 遺伝子検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )<br>所見：( )                                                                                                       |  |                                                 |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |  |
| 検査所見 (その他)                              |  | 検査所見 (その他)：( )                                                                                                                                   |  |                                                 |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |  |



|                                         |       |                                                                                                                                                  |                                            |        |                             |                      |                      |               |      |                       |                             |     |   |
|-----------------------------------------|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|--------|-----------------------------|----------------------|----------------------|---------------|------|-----------------------|-----------------------------|-----|---|
| 告示番号                                    |       | 19                                                                                                                                               |                                            | 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                                      |       | 79 77及び78に掲げるもののほか、高インスリン血性低血糖症                                                                                                                  |                                            |        |                             |                      |                      |               | 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 ( )<br>資格取得年月日 年 月 日                                                                                  |                                            |        |                             |                      |                      |               |      |                       |                             |     |   |
| 氏名                                      |       | (セイメイ)<br>(姓)                                                                                                                                    |                                            |        |                             | 以前の登録氏名<br>(変更のある場合) |                      | (セイメイ)<br>(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<br>身長・体重                            |       | 身長<br>(測定日)                                                                                                                                      | cm ( SD)                                   |        |                             | 体重<br>(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 |       |                                                                                                                                                  |                                            |        |                             |                      |                      |               |      |                       |                             |     |   |
| 具体的な疾病名                                 |       | ( )                                                                                                                                              |                                            |        |                             |                      |                      | 最終受診日         |      | ( 年 月 日 )             |                             |     |   |
| 症状                                      | 全身    | 発汗：[ なし ・ あり ] 低血糖症状：[ なし ・ あり ] 振戦：[ なし ・ あり ]                                                                                                  |                                            |        |                             |                      |                      |               |      |                       |                             |     |   |
|                                         | 精神・神経 | 痙攣：[ なし ・ あり ] 意識障害：[ なし ・ あり ・ 不明 ]                                                                                                             |                                            |        |                             |                      |                      |               |      |                       |                             |     |   |
|                                         | その他   | 症状 (その他)：( )                                                                                                                                     |                                            |        |                             |                      |                      |               |      |                       |                             |     |   |
| 臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載                    |       |                                                                                                                                                  |                                            |        |                             |                      |                      |               |      |                       |                             |     |   |
| 症状                                      | 全身    | 発汗：[ なし ・ あり ] 低血糖症状：[ なし ・ あり ] 振戦：[ なし ・ あり ]                                                                                                  |                                            |        |                             |                      |                      |               |      |                       |                             |     |   |
|                                         | 精神・神経 | 痙攣：[ なし ・ あり ] 意識障害：[ なし ・ あり ・ 不明 ]                                                                                                             |                                            |        |                             |                      |                      |               |      |                       |                             |     |   |
|                                         | 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 |       |                                                                                                                                                  |                                            |        |                             |                      |                      |               |      |                       |                             |     |   |
| 負荷試験                                    |       | グルカゴン負荷試験：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )<br>血糖値 (前値)：( )mg/dL 血糖値 (頂値)：( )mg/dL                                                                      |                                            |        |                             |                      |                      |               |      |                       |                             |     |   |
| 血液検査                                    |       | 血糖値 (空腹時)：( )mg/dL インスリン (IRI)：( )μU/mL プロインスリン：( )pmol/L ・ 未実施<br>プロインスリン/インスリン比 (P/I比)：( ) ・ 未実施 Cペプチド (CPR)：( )ng/mL<br>インスリン抗体結合率：( )%       |                                            |        |                             |                      |                      |               |      |                       |                             |     |   |
|                                         |       | 低血糖時の検査：[ 未実施 ・ 実施 ]<br>血糖値 (低血糖時)：( )mg/dL インスリン (IRI)：( )μU/mL プロインスリン：( )pmol/L ・ 未実施<br>プロインスリン/インスリン比 (P/I比)：( ) ・ 未実施 Cペプチド (CPR)：( )ng/mL |                                            |        |                             |                      |                      |               |      |                       |                             |     |   |
| 画像検査                                    |       | 超音波検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )<br>部位：( )<br>所見：( )                                                                                             |                                            |        |                             |                      |                      |               |      |                       |                             |     |   |
|                                         |       | CTまたはMRI検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )<br>部位：( )<br>所見：( )                                                                                        |                                            |        |                             |                      |                      |               |      |                       |                             |     |   |
|                                         |       | 血管造影：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )<br>部位：( )<br>所見：( )                                                                                              |                                            |        |                             |                      |                      |               |      |                       |                             |     |   |
|                                         |       | 内視鏡検査 (消化管)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )<br>所見：( )                                                                                                 |                                            |        |                             |                      |                      |               |      |                       |                             |     |   |
|                                         |       | 画像検査 (その他)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )<br>部位：( )<br>所見：( )                                                                                        |                                            |        |                             |                      |                      |               |      |                       |                             |     |   |
| 遺伝学的検査                                  |       | 遺伝子検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )<br>所見：( )                                                                                                       |                                            |        |                             |                      |                      |               |      |                       |                             |     |   |
| 検査所見 (その他)                              |       | 検査所見 (その他)：( )                                                                                                                                   |                                            |        |                             |                      |                      |               |      |                       |                             |     |   |





|                                         |       |                                                                                                                                                                                                 |  |                                            |        |                             |     |                      |      |                       |  |                             |  |       |  |
|-----------------------------------------|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------|--------|-----------------------------|-----|----------------------|------|-----------------------|--|-----------------------------|--|-------|--|
| 告示番号                                    |       | 76                                                                                                                                                                                              |  | 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                                      |       | 80 ビタミンD依存性くる病                                                                                                                                                                                  |  |                                            |        |                             |     |                      |      | 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 ( )<br>資格取得年月日 年 月 日                                                                                                                                 |  |                                            |        |                             |     |                      |      |                       |  |                             |  |       |  |
| 氏名                                      |       | (セイメイ)<br>(姓)                                                                                                                                                                                   |  |                                            |        |                             |     | 以前の登録氏名<br>(変更のある場合) |      | (セイメイ)<br>(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<br>身長・体重                            |       | 身長<br>(測定日)                                                                                                                                                                                     |  | cm ( SD)                                   |        |                             |     | 体重<br>(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 )                                                                                                                                                                                       |  |                                            |        |                             |     |                      |      |                       |  |                             |  |       |  |
| 身体所見                                    |       | 血圧：収縮期：( )mmHg 拡張期：( )mmHg 実施日：( 年 月 日 )                                                                                                                                                        |  |                                            |        |                             |     |                      |      |                       |  |                             |  |       |  |
| 症状                                      | 全身    | 低身長 (−2.0SD以下)：[ なし ・ あり ] 体重増加不良：[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                   |  |                                            |        |                             |     |                      |      |                       |  |                             |  |       |  |
|                                         | 筋・骨格  | 下肢変形：[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                                |  |                                            |        |                             |     |                      |      |                       |  |                             |  |       |  |
|                                         | 精神・神経 | テタニー：[ なし ・ あり ] 痙攣：[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                 |  |                                            |        |                             |     |                      |      |                       |  |                             |  |       |  |
|                                         | その他   | 禿頭：[ なし ・ あり ]<br>症状 (その他)：( )                                                                                                                                                                  |  |                                            |        |                             |     |                      |      |                       |  |                             |  |       |  |
| 臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載                    |       |                                                                                                                                                                                                 |  |                                            |        |                             |     |                      |      |                       |  |                             |  |       |  |
| 身体所見                                    |       | 血圧：収縮期：( )mmHg 拡張期：( )mmHg 実施日：( 年 月 日 )                                                                                                                                                        |  |                                            |        |                             |     |                      |      |                       |  |                             |  |       |  |
| 症状                                      | 全身    | 低身長 (−2.0SD以下)：[ なし ・ あり ] 体重増加不良：[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                   |  |                                            |        |                             |     |                      |      |                       |  |                             |  |       |  |
|                                         | 筋・骨格  | 下肢変形：[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                                |  |                                            |        |                             |     |                      |      |                       |  |                             |  |       |  |
|                                         | 精神・神経 | テタニー：[ なし ・ あり ] 痙攣：[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                 |  |                                            |        |                             |     |                      |      |                       |  |                             |  |       |  |
|                                         | その他   | 禿頭：[ なし ・ あり ]<br>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 |       |                                                                                                                                                                                                 |  |                                            |        |                             |     |                      |      |                       |  |                             |  |       |  |
| 尿検査                                     |       | 尿中クレアチニン：( )mg/dL 尿中カルシウム：( )mg/dL                                                                                                                                                              |  |                                            |        |                             |     |                      |      |                       |  |                             |  |       |  |
| 血液検査                                    |       | 血清アルブミン：( )g/dL ALP：( )U/L 血清Ca：( )mg/dL<br>血清P：( )mg/dL 血清Mg：( )mg/dL BUN：( )mg/dL<br>血清クレアチニン：( )mg/dL intact PTH：( )pg/mL 1,25-(OH) <sub>2</sub> ビタミンD：( )pg/mL<br>25-OHビタミンD：( )ng/mL ・ 未実施 |  |                                            |        |                             |     |                      |      |                       |  |                             |  |       |  |
| 画像検査                                    |       | 単純X線検査 (骨)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )<br>所見：( )                                                                                                                                                 |  |                                            |        |                             |     |                      |      |                       |  |                             |  |       |  |
|                                         |       | CT検査 (頭部)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )<br>所見：( )                                                                                                                                                  |  |                                            |        |                             |     |                      |      |                       |  |                             |  |       |  |
| 遺伝学的検査                                  |       | 遺伝子検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )<br>所見：( )                                                                                                                                                      |  |                                            |        |                             |     |                      |      |                       |  |                             |  |       |  |
| 検査所見 (その他)                              |       | 検査所見 (その他)：( )                                                                                                                                                                                  |  |                                            |        |                             |     |                      |      |                       |  |                             |  |       |  |
| 検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載                    |       |                                                                                                                                                                                                 |  |                                            |        |                             |     |                      |      |                       |  |                             |  |       |  |
| 尿検査                                     |       | 尿中クレアチニン：( )mg/dL 尿中カルシウム：( )mg/dL                                                                                                                                                              |  |                                            |        |                             |     |                      |      |                       |  |                             |  |       |  |
| 血液検査                                    |       | 血清アルブミン：( )g/dL ALP：( )U/L 血清Ca：( )mg/dL<br>血清P：( )mg/dL 血清Mg：( )mg/dL BUN：( )mg/dL<br>血清クレアチニン：( )mg/dL intact PTH：( )pg/mL 1,25-(OH) <sub>2</sub> ビタミンD：( )pg/mL<br>25-OHビタミンD：( )ng/mL ・ 未実施 |  |                                            |        |                             |     |                      |      |                       |  |                             |  |       |  |





|                                         |       |                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
|-----------------------------------------|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------|--|-----------------------------|--|----------------------|--|-----------------------|--|-----------------------------|--|---------------|--|---|--|
| 告示番号                                    |       | 77                                                                                                                                                                                                                                                        |  | 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                                      |       | 81 ビタミンD抵抗性骨軟化症                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                            |  |                             |  |                      |  | 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 ( )<br>資格取得年月日 年 月 日                                                                                                                                                                                           |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
| 氏名                                      |       | (セイメイ)<br>(姓)                                                                                                                                                                                                                                             |  |                                            |  |                             |  | 以前の登録氏名<br>(変更のある場合) |  | (セイメイ)<br>(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<br>身長・体重                            |       | 身長<br>(測定日)                                                                                                                                                                                                                                               |  | cm ( SD)                                   |  |                             |  | 体重<br>(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 )                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
| 身体所見                                    |       | 血圧：収縮期：( )mmHg 拡張期：( )mmHg 実施日：( 年 月 日 )                                                                                                                                                                                                                  |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
| 症状                                      | 全身    | 低身長 (−2.0SD以下)：[ なし ・ あり ] 跛行：[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                                                                 |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
|                                         | 筋・骨格  | 筋力低下：[ なし ・ あり ] 下肢変形：[ なし ・ あり ] 骨痛：[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                                                          |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
|                                         | 精神・神経 | テタニー：[ なし ・ あり ] 神経症状：[ なし ・ あり ] 痙攣：[ 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                    |       |                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
| 身体所見                                    |       | 血圧：収縮期：( )mmHg 拡張期：( )mmHg 実施日：( 年 月 日 )                                                                                                                                                                                                                  |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
| 症状                                      | 全身    | 低身長 (−2.0SD以下)：[ なし ・ あり ] 跛行：[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                                                                 |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
|                                         | 筋・骨格  | 筋力低下：[ なし ・ あり ] 下肢変形：[ なし ・ あり ] 骨痛：[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                                                          |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
|                                         | 精神・神経 | テタニー：[ なし ・ あり ] 神経症状：[ なし ・ あり ] 痙攣：[ 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 |       |                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
| 尿検査                                     |       | 尿中クレアチニン：( )mg/dL 尿中カルシウム：( )mg/dL 尿中リン：( )mg/dL                                                                                                                                                                                                          |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
| 血液検査                                    |       | 血清アルブミン：( )g/dL ALP：( )U/L 血清Ca：( )mg/dL<br>血清P：( )mg/dL 血清Mg：( )mg/dL BUN：( )mg/dL<br>血清クレアチニン：( )mg/dL intact PTH：( )pg/mL 1,25-(OH) <sub>2</sub> ビタミンD：( )pg/mL<br>25-OHビタミンD：( )ng/mL ・ 未実施 骨型ALP (BAP)：( )μg/L ・ 未実施<br>intact FGF-23：( )pg/mL ・ 未実施 |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
| 骨塩定量検査                                  |       | 骨塩定量検査 (DEXA法)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )<br>部位：[ 腰椎 ・ その他 ] 骨密度：( ) g/cm <sup>2</sup> 同年齢比較：( )%<br>若年成人平均値 (YAM) の80%未満：[ なし ・ あり ]                                                                                                                     |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
| 画像検査                                    |       | 単純X線検査 (骨)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )<br>所見：( )                                                                                                                                                                                                           |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
|                                         |       | CT検査 (頭部)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )<br>所見：( )                                                                                                                                                                                                            |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
|                                         |       | シンチグラフィ (骨)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 肋軟骨などへの多発取り込み：[ なし ・ あり ]<br>所見 (その他)：( )                                                                                                                                                                          |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
| 遺伝学的検査                                  |       | 遺伝子検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )<br>所見：( )                                                                                                                                                                                                                |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
| 検査所見 (その他)                              |       | 検査所見 (その他)：( )                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                            |  |                             |  |                      |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |





|                                         |       |                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |       |  |
|-----------------------------------------|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------|--|----------------------|--|----------------------|--|-----------------------|--|-----------------------------|--|-------|--|
| 告示番号                                    |       | 16                                                                                                                                                                                                                                                        |  | 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                                      |       | 82 原発性低リン血症性くる病                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                            |  |                      |  |                      |  | 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 ( )<br>資格取得年月日 年 月 日                                                                                                                                                                                           |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |       |  |
| 氏名                                      |       | (セイメイ)<br>(姓)                                                                                                                                                                                                                                             |  |                                            |  |                      |  | 以前の登録氏名<br>(変更のある場合) |  | (セイメイ)<br>(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<br>身長・体重                            |       | 身長<br>(測定日)                                                                                                                                                                                                                                               |  | cm ( SD)                                   |  |                      |  | 体重<br>(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 )                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |       |  |
| 身体所見                                    |       | 血圧：収縮期：( )mmHg 拡張期：( )mmHg 実施日：( 年 月 日 )                                                                                                                                                                                                                  |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |       |  |
| 症状                                      | 全身    | 低身長 (−2.0SD以下)：[ なし ・ あり ] 体重増加不良：[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                                                             |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |       |  |
|                                         | 筋・骨格  | 下肢変形：[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |       |  |
|                                         | 精神・神経 | テタニー：[ なし ・ あり ] 痙攣：[ 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                    |       |                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |       |  |
| 身体所見                                    |       | 血圧：収縮期：( )mmHg 拡張期：( )mmHg 実施日：( 年 月 日 )                                                                                                                                                                                                                  |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |       |  |
| 症状                                      | 全身    | 低身長 (−2.0SD以下)：[ なし ・ あり ] 体重増加不良：[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                                                             |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |       |  |
|                                         | 筋・骨格  | 下肢変形：[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |       |  |
|                                         | 精神・神経 | テタニー：[ なし ・ あり ] 痙攣：[ 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 |       |                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |       |  |
| 尿検査                                     |       | 尿中クレアチニン：( )mg/dL 尿中カルシウム：( )mg/dL 尿中リン：( )mg/dL                                                                                                                                                                                                          |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |       |  |
| 血液検査                                    |       | 血清アルブミン：( )g/dL ALP：( )U/L 血清Ca：( )mg/dL<br>血清P：( )mg/dL 血清Mg：( )mg/dL BUN：( )mg/dL<br>血清クレアチニン：( )mg/dL intact PTH：( )pg/mL 1,25-(OH) <sub>2</sub> ビタミンD：( )pg/mL<br>25-OHビタミンD：( )ng/mL ・ 未実施 骨型ALP (BAP)：( )μg/L ・ 未実施<br>intact FGF-23：( )pg/mL ・ 未実施 |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |       |  |
| 画像検査                                    |       | 単純X線検査 (骨)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) くる病所見：[ なし ・ あり ]<br>所見 (その他)：( )                                                                                                                                                                                   |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |       |  |
|                                         |       | CT検査 (頭部)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )<br>所見：( )                                                                                                                                                                                                            |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |       |  |
| 遺伝学的検査                                  |       | 遺伝子検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )                                                                                                                                                                                                                          |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |       |  |
| 検査所見 (その他)                              |       | 検査所見 (その他)：( )                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |       |  |
| 検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載                    |       |                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |       |  |
| 尿検査                                     |       | 尿中クレアチニン：( )mg/dL 尿中カルシウム：( )mg/dL 尿中リン：( )mg/dL                                                                                                                                                                                                          |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |       |  |
| 血液検査                                    |       | 血清アルブミン：( )g/dL ALP：( )U/L 血清Ca：( )mg/dL<br>血清P：( )mg/dL 血清Mg：( )mg/dL BUN：( )mg/dL<br>血清クレアチニン：( )mg/dL intact PTH：( )pg/mL 1,25-(OH) <sub>2</sub> ビタミンD：( )pg/mL<br>25-OHビタミンD：( )ng/mL ・ 未実施 骨型ALP (BAP)：( )μg/L ・ 未実施<br>intact FGF-23：( )pg/mL ・ 未実施 |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |       |  |



|                                        |        |                                                                                                                                                                                        |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |       |  |
|----------------------------------------|--------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------|--|----------------------|--|----------------------|--|-----------------------|--|-----------------------------|--|-------|--|
| 告示番号                                   |        | 39                                                                                                                                                                                     |  | 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                                     |        | 83 脂肪異常栄養症（脂肪萎縮症）                                                                                                                                                                      |  |                                            |  |                      |  |                      |  | 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 ( )<br>資格取得年月日 年 月 日                                                                                                                        |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |       |  |
| 氏名                                     |        | (セイメイ)<br>(姓)                                                                                                                                                                          |  |                                            |  |                      |  | 以前の登録氏名<br>(変更のある場合) |  | (セイメイ)<br>(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<br>身長・体重                           |        | 身長<br>(測定日)                                                                                                                                                                            |  | cm ( SD)                                   |  |                      |  | 体重<br>(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 )                                                                                                                                                                              |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |       |  |
| 症状                                     | 全身     | 先端巨大症様症状：[ なし ・ あり ]      脂肪萎縮（全身性）：[ なし ・ あり ]      脂肪萎縮（部分性）：[ なし ・ あり ]                                                                                                             |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |       |  |
|                                        | 内分泌・代謝 | 思春期早発：[ なし ・ あり ]      高脂血症：[ なし ・ あり ]      インスリン抵抗性：[ なし ・ あり ]                                                                                                                      |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |       |  |
|                                        | 消化器    | 肝腫：[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                         |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |       |  |
|                                        | 筋・骨格   | 骨嚢胞：[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                        |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |       |  |
|                                        | 皮膚・粘膜  | 多毛症：[ 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）：( )                                                                                                                                                                            |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |       |  |
| 臨床所見（申請時） ※直近の状況を記載                    |        |                                                                                                                                                                                        |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |       |  |
| 症状                                     | 全身     | 先端巨大症様症状：[ なし ・ あり ]      脂肪萎縮（全身性）：[ なし ・ あり ]      脂肪萎縮（部分性）：[ なし ・ あり ]                                                                                                             |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |       |  |
|                                        | 内分泌・代謝 | 思春期早発：[ なし ・ あり ]      高脂血症：[ なし ・ あり ]      インスリン抵抗性：[ なし ・ あり ]                                                                                                                      |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |       |  |
|                                        | 消化器    | 肝腫：[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                         |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |       |  |
|                                        | 筋・骨格   | 骨嚢胞：[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                        |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |       |  |
|                                        | 皮膚・粘膜  | 多毛症：[ 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（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                                   |        | AST：( )U/L      ALT：( )U/L      中性脂肪 (TG)：( )mg/dL      総コレステロール：( )mg/dL<br>インスリン (IRI)：( )μU/mL      HbA <sub>1c</sub> ：( )%      血糖値（随時）：( )mg/dL<br>抗核抗体：( )倍・未実施      C3：( )mg/dL |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |       |  |
| 遺伝学的検査                                 |        | 遺伝子検査：[ 未実施 ・ 実施 ]      実施日：( 年 月 日 )<br>所見：( )                                                                                                                                        |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |       |  |
| 検査所見（その他）                              |        | 検査所見（その他）：( )                                                                                                                                                                          |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |       |  |
| 検査所見（申請時） ※直近の状況を記載                    |        |                                                                                                                                                                                        |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |       |  |
| 血液検査                                   |        | AST：( )U/L      ALT：( )U/L      中性脂肪 (TG)：( )mg/dL      総コレステロール：( )mg/dL<br>インスリン (IRI)：( )μU/mL      HbA <sub>1c</sub> ：( )%      血糖値（随時）：( )mg/dL<br>抗核抗体：( )倍・未実施      C3：( )mg/dL |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |       |  |
| 遺伝学的検査                                 |        | 遺伝子検査：[ 未実施 ・ 実施 ]      実施日：( 年 月 日 )<br>所見：( )                                                                                                                                        |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |       |  |
| 検査所見（その他）                              |        | 検査所見（その他）：( )                                                                                                                                                                          |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |       |  |

その他の所見（申請時） ※直近の状況を記載

|     |                                                        |                        |                    |
|-----|--------------------------------------------------------|------------------------|--------------------|
| 合併症 | 自己免疫疾患：[ なし ・ あり ]<br>HIV感染症：[ なし ・ あり ]<br>合併症（その他）：( | 膜性増殖性糸球体腎炎：[ なし ・ あり ] | 肥大型心筋症：[ なし ・ あり ] |
|-----|--------------------------------------------------------|------------------------|--------------------|

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 ]<br>詳細：( )   |
|      | 機能抑制療法：[ なし ・ あり ]<br>詳細：( ) |
|      | 薬物療法（その他）：( )                |

[illegible]

|    |                |
|----|----------------|
| 治療 | 治療（その他）：（<br>） |
|----|----------------|

[illegible]

|         |                                                                                                                                                                           |
|---------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 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) ・<br>高等専門学校 ・ 専門学校／専修学校など <sup>2</sup> ・ 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 ・<br>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 ( )<br>被保険者番号 ( ) 被保険者個人単位枝番 ( )<br>資格取得年月日 年 月 日 |

|                                        |                                                                    |                                                                                                                                   |  |                                            |                             |        |                      |  |          |               |               |                 |  |                             |   |
|----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------|-----------------------------|--------|----------------------|--|----------|---------------|---------------|-----------------|--|-----------------------------|---|
| 告示番号                                   |                                                                    | 64                                                                                                                                |  | 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                                     |                                                                    | 84 多発性内分泌腫瘍1型（ウェルマー（Wermer）症候群）                                                                                                   |  |                                            |                             |        |                      |  |          |               |               | 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（）<br>資格取得年月日 年 月 日                                                                              |  |                                            |                             |        |                      |  |          |               |               |                 |  |                             |   |
| 氏名                                     |                                                                    | (セイメイ)<br>(姓)                                                                                                                     |  |                                            |                             |        | 以前の登録氏名<br>(変更のある場合) |  |          | (セイメイ)<br>(姓) |               |                 |  |                             |   |
| 住所                                     |                                                                    | 郵便番号（ー）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<br>身長・体重                           |                                                                    | 身長<br>(測定日)                                                                                                                       |  | cm ( SD)                                   |                             |        | 体重<br>(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 )                                                                                                                         |  |                                            |                             |        |                      |  |          |               |               |                 |  |                             |   |
| 症 状                                    | 内分泌・代謝                                                             | 副甲状腺機能亢進症 (原発性): [ なし ・ あり ]                                                                                                      |  |                                            |                             |        |                      |  |          |               |               |                 |  |                             |   |
|                                        |                                                                    | 膵消化管内分泌腫瘍: ガストリノーマ: [ なし ・ あり ]      インスリノーマ: [ なし ・ あり ]      グルカゴノーマ: [ なし ・ あり ]<br>膵消化管内分泌腫瘍 (その他): ( )                       |  |                                            |                             |        |                      |  |          |               |               |                 |  |                             |   |
|                                        |                                                                    | 下垂体腺腫: プロラクチノーマ: [ なし ・ あり ]      GH産生腫瘍: [ なし ・ あり ]      ACTH産生腫瘍: [ なし ・ あり ]<br>下垂体腺腫 (非機能性): [ なし ・ あり ]<br>下垂体腺腫 (その他): ( ) |  |                                            |                             |        |                      |  |          |               |               |                 |  |                             |   |
|                                        |                                                                    | 腫瘍 (その他): 血管線維腫: [ なし ・ あり ]      コラゲノーマ: [ なし ・ あり ]      胸腺カルチノイド: [ なし ・ あり ]<br>腫瘍 (その他): ( )                                 |  |                                            |                             |        |                      |  |          |               |               |                 |  |                             |   |
|                                        |                                                                    | 腫瘍 (その他): ( )                                                                                                                     |  |                                            |                             |        |                      |  |          |               |               |                 |  |                             |   |
|                                        | その他                                                                | 症状 (その他): ( )                                                                                                                     |  |                                            |                             |        |                      |  |          |               |               |                 |  |                             |   |
|                                        | 臨床所見（申請時） ※直近の状況を記載                                                |                                                                                                                                   |  |                                            |                             |        |                      |  |          |               |               |                 |  |                             |   |
| 症 状                                    | 内分泌・代謝                                                             | 副甲状腺機能亢進症 (原発性): [ なし ・ あり ]                                                                                                      |  |                                            |                             |        |                      |  |          |               |               |                 |  |                             |   |
|                                        |                                                                    | 膵消化管内分泌腫瘍: ガストリノーマ: [ なし ・ あり ]      インスリノーマ: [ なし ・ あり ]      グルカゴノーマ: [ なし ・ あり ]<br>膵消化管内分泌腫瘍 (その他): ( )                       |  |                                            |                             |        |                      |  |          |               |               |                 |  |                             |   |
|                                        |                                                                    | 下垂体腺腫: プロラクチノーマ: [ なし ・ あり ]      GH産生腫瘍: [ なし ・ あり ]      ACTH産生腫瘍: [ なし ・ あり ]<br>下垂体腺腫 (非機能性): [ なし ・ あり ]<br>下垂体腺腫 (その他): ( ) |  |                                            |                             |        |                      |  |          |               |               |                 |  |                             |   |
|                                        |                                                                    | 腫瘍 (その他): 血管線維腫: [ なし ・ あり ]      コラゲノーマ: [ なし ・ あり ]      胸腺カルチノイド: [ なし ・ あり ]<br>腫瘍 (その他): ( )                                 |  |                                            |                             |        |                      |  |          |               |               |                 |  |                             |   |
|                                        |                                                                    | 腫瘍 (その他): ( )                                                                                                                     |  |                                            |                             |        |                      |  |          |               |               |                 |  |                             |   |
|                                        | 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                             |                                                                                                                                   |  |                                            |                             |        |                      |  |          |               |               |                 |  |                             |   |
| 画像検査                                   | 超音波検査 (腹部): [ 未実施 ・ 実施 ]      実施日: ( 年 月 日 )<br>所見: ( )            |                                                                                                                                   |  |                                            |                             |        |                      |  |          |               |               |                 |  |                             |   |
|                                        | 単純X線検査 (骨): [ 未実施 ・ 実施 ]      実施日: ( 年 月 日 )<br>部位: ( )<br>所見: ( ) |                                                                                                                                   |  |                                            |                             |        |                      |  |          |               |               |                 |  |                             |   |
|                                        | MRI 検査 (頭部): [ 未実施 ・ 実施 ]      実施日: ( 年 月 日 )<br>所見: ( )           |                                                                                                                                   |  |                                            |                             |        |                      |  |          |               |               |                 |  |                             |   |
|                                        | MRI 検査 (腹部): [ 未実施 ・ 実施 ]      実施日: ( 年 月 日 )<br>所見: ( )           |                                                                                                                                   |  |                                            |                             |        |                      |  |          |               |               |                 |  |                             |   |
|                                        | 画像検査 (その他): [ 未実施 ・ 実施 ]      実施日: ( 年 月 日 )<br>部位: ( )<br>所見: ( ) |                                                                                                                                   |  |                                            |                             |        |                      |  |          |               |               |                 |  |                             |   |
| 遺伝学的検査                                 |                                                                    | 遺伝子検査: [ 未実施 ・ 実施 ]      実施日: ( 年 月 日 )<br>所見: ( )                                                                                |  |                                            |                             |        |                      |  |          |               |               |                 |  |                             |   |
| 検査所見 (その他)                             |                                                                    | 検査所見 (その他): ( )                                                                                                                   |  |                                            |                             |        |                      |  |          |               |               |                 |  |                             |   |







|                                        |                          |                                                                 |               |                                            |                  |                             |  |                                       |  |                       |  |                             |  |     |  |   |  |
|----------------------------------------|--------------------------|-----------------------------------------------------------------|---------------|--------------------------------------------|------------------|-----------------------------|--|---------------------------------------|--|-----------------------|--|-----------------------------|--|-----|--|---|--|
| 告示番号                                   |                          | 65                                                              |               | 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                                     |                          | 85 多発性内分泌腫瘍2型（シップル（Sipple）症候群）                                  |               |                                            |                  |                             |  |                                       |  | 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 ( )<br>資格取得年月日 年 月 日 |               |                                            |                  |                             |  |                                       |  |                       |  |                             |  |     |  |   |  |
| 氏名                                     |                          | (セイメイ)<br>(姓)                                                   |               |                                            |                  |                             |  | 以前の登録氏名<br>(変更のある場合)                  |  | (セイメイ)<br>(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<br>身長・体重                           |                          | 身長<br>(測定日)                                                     |               | cm ( SD)                                   |                  |                             |  | 体重<br>(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 )                                                       |               |                                            |                  |                             |  |                                       |  |                       |  |                             |  |     |  |   |  |
| 病型                                     |                          | MEN2A ・ MEN2B ・ 家族性甲状腺髄様癌 (FMTC)                                |               |                                            |                  |                             |  |                                       |  |                       |  |                             |  |     |  |   |  |
| 症状                                     | 全身                       | Marfan 症候群様体型：[ なし ・ あり ]                                       |               |                                            |                  |                             |  |                                       |  |                       |  |                             |  |     |  |   |  |
|                                        | 内分泌・代謝                   | 副甲状腺機能亢進症 (原発性)：[ なし ・ あり ]                                     |               |                                            |                  |                             |  |                                       |  |                       |  |                             |  |     |  |   |  |
|                                        |                          | 内分泌腫瘍：甲状腺髄様癌：[ なし ・ あり ] 褐色細胞腫：[ なし ・ あり ]                      |               |                                            |                  |                             |  |                                       |  |                       |  |                             |  |     |  |   |  |
|                                        |                          | 粘膜神経腫：[ なし ・ あり ]                                               |               |                                            |                  |                             |  |                                       |  |                       |  |                             |  |     |  |   |  |
|                                        |                          | 内分泌腫瘍 (その他)：( )                                                 |               |                                            |                  |                             |  |                                       |  |                       |  |                             |  |     |  |   |  |
| その他                                    | 症状 (その他)：( )             |                                                                 |               |                                            |                  |                             |  |                                       |  |                       |  |                             |  |     |  |   |  |
| 臨床所見（申請時） ※直近の状況を記載                    |                          |                                                                 |               |                                            |                  |                             |  |                                       |  |                       |  |                             |  |     |  |   |  |
| 症状                                     | 全身                       | Marfan 症候群様体型：[ なし ・ あり ]                                       |               |                                            |                  |                             |  |                                       |  |                       |  |                             |  |     |  |   |  |
|                                        | 内分泌・代謝                   | 副甲状腺機能亢進症 (原発性)：[ なし ・ あり ]                                     |               |                                            |                  |                             |  |                                       |  |                       |  |                             |  |     |  |   |  |
|                                        |                          | 内分泌腫瘍：甲状腺髄様癌：[ なし ・ あり ] 褐色細胞腫：[ なし ・ あり ]                      |               |                                            |                  |                             |  |                                       |  |                       |  |                             |  |     |  |   |  |
|                                        |                          | 粘膜神経腫：[ なし ・ あり ]                                               |               |                                            |                  |                             |  |                                       |  |                       |  |                             |  |     |  |   |  |
|                                        |                          | 内分泌腫瘍 (その他)：( )                                                 |               |                                            |                  |                             |  |                                       |  |                       |  |                             |  |     |  |   |  |
| 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 |                          |                                                                 |               |                                            |                  |                             |  |                                       |  |                       |  |                             |  |     |  |   |  |
| 画像検査                                   | 超音波検査 (腹部)：[ 未実施 ・ 実施 ]  |                                                                 | 実施日：( 年 月 日 ) |                                            | 所見：( )           |                             |  |                                       |  |                       |  |                             |  |     |  |   |  |
|                                        | 単純X線検査 (骨)：[ 未実施 ・ 実施 ]  |                                                                 | 実施日：( 年 月 日 ) |                                            | 部位：( )<br>所見：( ) |                             |  |                                       |  |                       |  |                             |  |     |  |   |  |
|                                        | MRI 検査 (頭部)：[ 未実施 ・ 実施 ] |                                                                 | 実施日：( 年 月 日 ) |                                            | 所見：( )           |                             |  |                                       |  |                       |  |                             |  |     |  |   |  |
|                                        | MRI 検査 (腹部)：[ 未実施 ・ 実施 ] |                                                                 | 実施日：( 年 月 日 ) |                                            | 所見：( )           |                             |  |                                       |  |                       |  |                             |  |     |  |   |  |
|                                        | 画像検査 (その他)：[ 未実施 ・ 実施 ]  |                                                                 | 実施日：( 年 月 日 ) |                                            | 部位：( )<br>所見：( ) |                             |  |                                       |  |                       |  |                             |  |     |  |   |  |
| 遺伝学的検査                                 |                          | 遺伝子検査：[ 未実施 ・ 実施 ]                                              |               |                                            |                  | 実施日：( 年 月 日 )               |  | RET 遺伝子異常：[ なし ・ あり ]<br>所見 (その他)：( ) |  |                       |  |                             |  |     |  |   |  |
| 検査所見 (その他)                             |                          | 検査所見 (その他)：( )                                                  |               |                                            |                  |                             |  |                                       |  |                       |  |                             |  |     |  |   |  |
| 検査所見（申請時） ※直近の状況を記載                    |                          |                                                                 |               |                                            |                  |                             |  |                                       |  |                       |  |                             |  |     |  |   |  |
| 画像検査                                   |                          | 超音波検査 (腹部)：[ 未実施 ・ 実施 ]                                         |               | 実施日：( 年 月 日 )                              |                  | 所見：( )                      |  |                                       |  |                       |  |                             |  |     |  |   |  |



2025a-001

3/3

|                                         |  |                                                                 |  |                                                                                  |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
|-----------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------|--|----------------------|--|-----------------------|--|-----------------------------|--|
| 告示番号                                    |  | 66                                                              |  | 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                                      |  | 86 84及び85に掲げるもののほか、多発性内分泌腫瘍                                     |  |                                                                                  |  |                      |  |                      |  | 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 ( )<br>資格取得年月日 年 月 日 |  |                                                                                  |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
| 氏名                                      |  | (セイメイ)<br>(姓)                                                   |  |                                                                                  |  |                      |  | 以前の登録氏名<br>(変更のある場合) |  | (セイメイ)<br>(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<br>身長・体重                            |  | 身長<br>(測定日)                                                     |  | cm ( SD)<br>年 月 日                                                                |  | 体重<br>(測定日)          |  | kg ( SD)<br>年 月 日    |  | BMI                   |  |                             |  |
|                                         |  |                                                                 |  |                                                                                  |  |                      |  |                      |  | 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 |  |                                                                 |  |                                                                                  |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
| 具体的な疾病名                                 |  | ( )                                                             |  |                                                                                  |  |                      |  | 最終受診日                |  | ( 年 月 日 )             |  |                             |  |
| 症 状                                     |  | 内分泌・代謝                                                          |  | 内分泌腫瘍：褐色細胞腫：[ なし ・ あり ] 膵の神経内分泌腫瘍：[ なし ・ あり ] カルチノイド：[ なし ・ あり ]<br>腫瘍 (その他)：( ) |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
|                                         |  | その他                                                             |  | 症状 (その他)：( )                                                                     |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
| 臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載                    |  |                                                                 |  |                                                                                  |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
| 症 状                                     |  | 内分泌・代謝                                                          |  | 内分泌腫瘍：褐色細胞腫：[ なし ・ あり ] 膵の神経内分泌腫瘍：[ なし ・ あり ] カルチノイド：[ なし ・ あり ]<br>腫瘍 (その他)：( ) |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
|                                         |  | 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 |  |                                                                 |  |                                                                                  |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
| 画像検査                                    |  | 超音波検査 (腹部)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )<br>所見：( )                 |  |                                                                                  |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
|                                         |  | 単純X線検査 (骨)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )<br>部位：( )<br>所見：( )       |  |                                                                                  |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
|                                         |  | MRI検査 (頭部)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )<br>所見：( )                 |  |                                                                                  |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
|                                         |  | MRI検査 (腹部)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )<br>所見：( )                 |  |                                                                                  |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
|                                         |  | 画像検査 (その他)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )<br>部位：( )<br>所見：( )       |  |                                                                                  |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
| 遺伝学的検査                                  |  | 遺伝子検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )<br>所見：( )                      |  |                                                                                  |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
| 検査所見 (その他)                              |  | 検査所見 (その他)：( )                                                  |  |                                                                                  |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
| 検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載                    |  |                                                                 |  |                                                                                  |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
| 画像検査                                    |  | 超音波検査 (腹部)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )<br>所見：( )                 |  |                                                                                  |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
|                                         |  | 単純X線検査 (骨)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )<br>部位：( )<br>所見：( )       |  |                                                                                  |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
|                                         |  | MRI検査 (頭部)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )<br>所見：( )                 |  |                                                                                  |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
|                                         |  | MRI検査 (腹部)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )<br>所見：( )                 |  |                                                                                  |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |



|                                         |        |                                                                                                                                                                                    |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |       |  |
|-----------------------------------------|--------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------|--|----------------------|--|----------------------|--|-----------------------|--|-----------------------------|--|-------|--|
| 告示番号                                    |        | 63                                                                                                                                                                                 |  | 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                                      |        | 87 多嚢胞性卵巣症候群                                                                                                                                                                       |  |                                            |  |                      |  |                      |  | 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 ( )<br>資格取得年月日 年 月 日                                                                                                                    |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |       |  |
| 氏名                                      |        | (セイメイ)<br>(姓)                                                                                                                                                                      |  |                                            |  |                      |  | 以前の登録氏名<br>(変更のある場合) |  | (セイメイ)<br>(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<br>身長・体重                            |        | 身長<br>(測定日)                                                                                                                                                                        |  | cm ( SD)                                   |  |                      |  | 体重<br>(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<br>(Tanner分類)                      |        | 二次性徴：[ なし ・ あり ] 思春期開始年齢：( 歳 か月 )<br>乳房発育 (女子のみ)：[ I ・ II ・ III ・ IV ・ V ] 年齢 (発現時)：( 歳 か月 )<br>陰毛発育 (男女共)：[ I ・ II ・ III ・ IV ・ V ] 年齢 (発現時)：( 歳 か月 )                             |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |       |  |
| 症状                                      | 内分泌・代謝 | 稀発月経 (女子のみ)：[ なし ・ あり ] 無排卵周期症 (女子のみ)：[ なし ・ あり ] 無月経 (女子のみ)：[ なし ・ あり ]<br>陰核肥大 (女子のみ)：[ なし ・ あり ]                                                                                |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |       |  |
|                                         | 筋・骨格   | 骨格筋の発達：[ なし ・ あり ] 線維性骨異形成：[ なし ・ あり ]                                                                                                                                             |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |       |  |
|                                         | 皮膚・粘膜  | 多毛症：[ なし ・ あり ] 座瘡：[ なし ・ あり ] 男性型脱毛 (頭頂部・後頭部)：[ なし ・ あり ]<br>黒色棘細胞腫：[ なし ・ あり ]                                                                                                   |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |       |  |
|                                         | その他    | 声の低音化：[ なし ・ あり ] 喉頭隆起の突出：[ なし ・ あり ]<br>症状 (その他)：( )                                                                                                                              |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |       |  |
| 臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載                    |        |                                                                                                                                                                                    |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |       |  |
| 二次性徴<br>(Tanner分類)                      |        | 二次性徴：[ なし ・ あり ] 思春期開始年齢：( 歳 か月 )<br>乳房発育 (女子のみ)：[ I ・ II ・ III ・ IV ・ V ] 年齢 (発現時)：( 歳 か月 )<br>陰毛発育 (男女共)：[ I ・ II ・ III ・ IV ・ V ] 年齢 (発現時)：( 歳 か月 )                             |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |       |  |
| 症状                                      | 内分泌・代謝 | 稀発月経 (女子のみ)：[ なし ・ あり ] 無排卵周期症 (女子のみ)：[ なし ・ あり ] 無月経 (女子のみ)：[ なし ・ あり ]<br>陰核肥大 (女子のみ)：[ なし ・ あり ]                                                                                |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |       |  |
|                                         | 筋・骨格   | 骨格筋の発達：[ なし ・ あり ] 線維性骨異形成：[ なし ・ あり ]                                                                                                                                             |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |       |  |
|                                         | 皮膚・粘膜  | 多毛症：[ なし ・ あり ] 座瘡：[ なし ・ あり ] 男性型脱毛 (頭頂部・後頭部)：[ なし ・ あり ]<br>黒色棘細胞腫：[ なし ・ あり ]                                                                                                   |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |       |  |
|                                         | その他    | 声の低音化：[ なし ・ あり ] 喉頭隆起の突出：[ なし ・ あり ]<br>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 )<br>LH基礎値：( )mIU/mL LH頂値：( )mIU/mL<br>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 )<br>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 )<br>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                                                        |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |       |  |
| 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<br>LH：( )mIU/mL FSH：( )mIU/mL<br>インスリン (IRI)：( )µU/mL 採血タイミング：[ 空腹時 ・ 食後 ] 血糖値 (空腹時)：( )mg/dL |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |       |  |
| 骨年齢                                     |        | 骨年齢 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 骨年齢：( 歳 か月 )                                                                                                                                      |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |       |  |







|                                         |        |                                                                                                                                                                                             |  |                                            |  |                             |  |                                                        |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
|-----------------------------------------|--------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------|--|-----------------------------|--|--------------------------------------------------------|--|-----------------------|--|-----------------------------|--|---------------|--|---|--|
| 告示番号                                    |        | 88                                                                                                                                                                                          |  | 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                                      |        | 88 ターナー (Turner) 症候群                                                                                                                                                                        |  |                                            |  |                             |  |                                                        |  | 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 ( )<br>資格取得年月日 年 月 日                                                                                                                             |  |                                            |  |                             |  |                                                        |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
| 氏名                                      |        | (セイメイ)<br>(姓)                                                                                                                                                                               |  |                                            |  |                             |  | 以前の登録氏名<br>(変更のある場合)                                   |  | (セイメイ)<br>(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<br>身長・体重                            |        | 身長<br>(測定日)                                                                                                                                                                                 |  | cm ( SD)                                   |  |                             |  | 体重<br>(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 )                                                                                                                                                                                   |  |                                            |  |                             |  |                                                        |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
| 身体所見                                    |        | 特徴的な徴候：骨格兆候：外反肘：[ なし ・ あり ] 中手骨・中足骨短縮：[ なし ・ あり ]                                                                                                                                           |  |                                            |  |                             |  |                                                        |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
|                                         |        | 軟部組織兆候：リンパ浮腫：[ なし ・ あり ] 翼状頸：[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                    |  |                                            |  |                             |  |                                                        |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
|                                         |        | 内臓兆候：馬蹄腎：[ なし ・ あり ] 大動脈狭窄症：[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                     |  |                                            |  |                             |  |                                                        |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
|                                         |        | 特徴的な徴候 (その他)：( )                                                                                                                                                                            |  |                                            |  |                             |  |                                                        |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
| 症 状                                     | 全身     | 低身長 (−2.0SD以下)：[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                  |  |                                            |  |                             |  |                                                        |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
|                                         | 内分泌・代謝 | 性腺異形成：[ 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)：( )                                                                                                                                                                                |  |                                            |  |                             |  |                                                        |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
| 臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載                    |        |                                                                                                                                                                                             |  |                                            |  |                             |  |                                                        |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
| 身体所見                                    |        | 特徴的な徴候：骨格兆候：外反肘：[ なし ・ あり ] 中手骨・中足骨短縮：[ なし ・ あり ]                                                                                                                                           |  |                                            |  |                             |  |                                                        |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
|                                         |        | 軟部組織兆候：リンパ浮腫：[ なし ・ あり ] 翼状頸：[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                    |  |                                            |  |                             |  |                                                        |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
|                                         |        | 内臓兆候：馬蹄腎：[ なし ・ あり ] 大動脈狭窄症：[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                     |  |                                            |  |                             |  |                                                        |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
|                                         |        | 特徴的な徴候 (その他)：( )                                                                                                                                                                            |  |                                            |  |                             |  |                                                        |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
| 症 状                                     | 全身     | 低身長 (−2.0SD以下)：[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                  |  |                                            |  |                             |  |                                                        |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
|                                         | 内分泌・代謝 | 性腺異形成：[ 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 (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                                    |        | IGF-1 (ソマトメジンC)：( )ng/mL<br>エストラジオール (E <sub>2</sub> )：( )pg/mL                                                                                                                             |  |                                            |  |                             |  | テストステロン：( )ng/mL ・ ng/dL<br>LH：( )mIU/mL FSH：( )mIU/mL |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
| 遺伝学的検査                                  |        | 染色体検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )<br>検体採取部位：[ 末梢血 ・ その他 ] 詳細：( )<br>核型：[ 45,X ・ 46,X,i(Xq) ・ 45,X/46,X,i(Xq) ・ 45,X/46,XX ・ 45,X/46,X,r(X) ・ 45,X/47,XXX ・ 46,X,+mar ・ その他 ]<br>所見 (その他)：( ) |  |                                            |  |                             |  |                                                        |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
|                                         |        | FISH (SRY、Xcen、Ycenなどの領域)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )<br>所見：( )                                                                                                                              |  |                                            |  |                             |  |                                                        |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |
| 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<br>エストラジオール (E <sub>2</sub> )：( )pg/mL                                                                                                                             |  |                                            |  |                             |  | テストステロン：( )ng/mL ・ ng/dL<br>LH：( )mIU/mL FSH：( )mIU/mL |  |                       |  |                             |  |               |  |   |  |



|                                         |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                            |               |      |  |                      |  |                       |               |                             |  |       |  |
|-----------------------------------------|--------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------|---------------|------|--|----------------------|--|-----------------------|---------------|-----------------------------|--|-------|--|
| 告示番号                                    |        | 91                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  | 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                                      |        | 89 プラダー・ウィリ (Prader-Willi) 症候群                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                                            |               |      |  |                      |  | 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 ( )<br>資格取得年月日 年 月 日                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                            |               |      |  |                      |  |                       |               |                             |  |       |  |
| 氏名                                      |        | (セイメイ)<br>(姓)                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                            |               |      |  | 以前の登録氏名<br>(変更のある場合) |  | (セイメイ)<br>(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<br>身長・体重                            |        | 身長<br>(測定日)                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  | cm ( SD)                                   |               |      |  | 体重<br>(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 )                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                            |               |      |  |                      |  |                       |               |                             |  |       |  |
| 身体所見                                    |        | 顔貌所見：前額横径の狭小：[ なし ・ あり ]      アーモンド形の眼瞼裂：[ なし ・ あり ]      狭い鼻梁：[ なし ・ あり ]<br>薄い上唇と下向きの口：[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                                                               |  |                                            |               |      |  |                      |  |                       |               |                             |  |       |  |
| 症状                                      | 全身     | 低身長 (−2.0SD以下)：[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                            |               |      |  |                      |  |                       |               |                             |  |       |  |
|                                         | 内分泌・代謝 | 性腺機能低下：[ なし ・ あり ]      肥満：[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                                            |               |      |  |                      |  |                       |               |                             |  |       |  |
|                                         | 筋・骨格   | 筋緊張低下：[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                            |               |      |  |                      |  |                       |               |                             |  |       |  |
|                                         | 精神・神経  | 過食：[ なし ・ あり ]      行動異常：[ なし ・ あり ]<br>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)：( )                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                            |               |      |  |                      |  |                       |               |                             |  |       |  |
| 臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載                    |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                            |               |      |  |                      |  |                       |               |                             |  |       |  |
| 症状                                      | 全身     | 低身長 (−2.0SD以下)：[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                            |               |      |  |                      |  |                       |               |                             |  |       |  |
|                                         | 内分泌・代謝 | 性腺機能低下：[ なし ・ あり ]      肥満：[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                                            |               |      |  |                      |  |                       |               |                             |  |       |  |
|                                         | 筋・骨格   | 筋緊張低下：[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                            |               |      |  |                      |  |                       |               |                             |  |       |  |
|                                         | 精神・神経  | 過食：[ なし ・ あり ]      行動異常：[ なし ・ あり ]<br>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 (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                                    |        | AST：( )U/L      ALT：( )U/L      中性脂肪 (TG)：( )mg/dL<br>総コレステロール：( )mg/dL      IGF-1 (ソマトメジンC)：( )ng/mL<br>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<br>LH：( )mIU/mL      FSH：( )mIU/mL<br>HbA <sub>1c</sub> ：( )%      血糖値 (空腹時)：( )mg/dL<br>インスリン (IRI)：( )μU/mL      採血タイミング：[ 空腹時 ・ 食後 ] |  |                                            |               |      |  |                      |  |                       |               |                             |  |       |  |
| 遺伝学的検査                                  |        | 染色体検査：[ 未実施 ・ 実施 ]      実施日：( 年 月 日 )<br>検体採取部位：[ 末梢血 ・ その他 ] 詳細：( )<br>所見 (15q11-13領域)：[ 欠失 ・ 片親性ダイソミー ・ 刷り込み変異 ・ 染色体転座 ・ その他 ]<br>所見 (その他)：( )                                                                                                                                                                   |  |                                            |               |      |  |                      |  |                       |               |                             |  |       |  |
|                                         |        | FISH (SNRPN領域)：[ 未実施 ・ 実施 ]      実施日：( 年 月 日 )<br>所見：( )                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                            |               |      |  |                      |  |                       |               |                             |  |       |  |
|                                         |        | メチル化試験 (SNRPN-DMR)：[ 未実施 ・ 実施 ]      実施日：( 年 月 日 )<br>所見：( )                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                            |               |      |  |                      |  |                       |               |                             |  |       |  |
|                                         |        | 遺伝子検査：[ 未実施 ・ 実施 ]      実施日：( 年 月 日 )<br>所見：( )                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                            |               |      |  |                      |  |                       |               |                             |  |       |  |





|                                         |        |                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
|-----------------------------------------|--------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------|--|----------------------|--|----------------------|--|-----------------------|--|-----------------------------|--|
| 告示番号                                    |        | 92                                                                                                                                                                                                                                      |  | 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                                      |        | 90 マッキューン・オルブライト (McCune-Albright) 症候群                                                                                                                                                                                                  |  |                                            |  |                      |  |                      |  | 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 ( )<br>資格取得年月日 年 月 日                                                                                                                                                                         |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
| 氏名                                      |        | (セイメイ)<br>(姓)                                                                                                                                                                                                                           |  |                                            |  |                      |  | 以前の登録氏名<br>(変更のある場合) |  | (セイメイ)<br>(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<br>身長・体重                            |        | 身長<br>(測定日)                                                                                                                                                                                                                             |  | cm ( SD)<br>年 月 日                          |  | 体重<br>(測定日)          |  | kg ( SD)<br>年 月 日    |  | BMI                   |  |                             |  |
|                                         |        |                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                            |  |                      |  |                      |  | 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<br>(Tanner分類)                      |        | 二次性徴: [ なし ・ あり ] 思春期開始年齢: ( 歳 か月 )<br>乳房発育 (女子のみ): [ I ・ II ・ III ・ IV ・ V ] 年齢 (発現時): ( 歳 か月 )<br>陰毛発育 (男女共): [ I ・ II ・ III ・ IV ・ V ] 年齢 (発現時): ( 歳 か月 )<br>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 | 不正性器出血 (女子のみ): [ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                                                              |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
|                                         | 筋・骨格   | 線維性骨異形成: [ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                                                                    |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
|                                         | 皮膚・粘膜  | カフェ・オ・レ斑: [ 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<br>(Tanner分類)                      |        | 二次性徴: [ なし ・ あり ] 思春期開始年齢: ( 歳 か月 )<br>乳房発育 (女子のみ): [ I ・ II ・ III ・ IV ・ V ] 年齢 (発現時): ( 歳 か月 )<br>陰毛発育 (男女共): [ I ・ II ・ III ・ IV ・ V ] 年齢 (発現時): ( 歳 か月 )<br>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 | 不正性器出血 (女子のみ): [ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                                                              |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
|                                         | 筋・骨格   | 線維性骨異形成: [ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                                                                    |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
|                                         | 皮膚・粘膜  | カフェ・オ・レ斑: [ 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 |        |                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
| 負荷試験                                    |        | GnRH (LHRH) 負荷試験: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )<br>LH基礎値: ( )mIU/mL LH頂値: ( )mIU/mL<br>FSH基礎値: ( )mIU/mL FSH頂値: ( )mIU/mL                                                                                                                 |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
| 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                                                                                                                                                                          |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
| 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                                    |        | 超音波検査 (腹部): [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )<br>所見: ( )                                                                                                                                                                                      |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
|                                         |        | CTまたはMRI検査 (腹部): [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )<br>所見: ( )                                                                                                                                                                                 |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
| 遺伝学的検査                                  |        | 遺伝子検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )<br>所見: ( )                                                                                                                                                                                           |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
| 検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載                    |        |                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
| 負荷試験                                    |        | GnRH (LHRH) 負荷試験: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )<br>LH基礎値: ( )mIU/mL LH頂値: ( )mIU/mL<br>FSH基礎値: ( )mIU/mL FSH頂値: ( )mIU/mL                                                                                                                 |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |



|                       |                                                                                                                                                                                |       |                                       |    |                       |     |
|-----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|---------------------------------------|----|-----------------------|-----|
| 告示番号                  | 92                                                                                                                                                                             | 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〉 | 2/2 |
| 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                                                                                                              |       |                                       |    |                       |     |
| 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                  | 超音波検査（腹部）：[ 未実施 ・ 実施 ]      実施日：(      年      月      日 )<br>所見：( )                                                                                                             |       |                                       |    |                       |     |
|                       | CTまたはMRI検査（腹部）：[ 未実施 ・ 実施 ]      実施日：(      年      月      日 )<br>所見：( )                                                                                                        |       |                                       |    |                       |     |
| 遺伝学的検査                | 遺伝子検査：[ 未実施 ・ 実施 ]      実施日：(      年      月      日 )<br>所見：( )                                                                                                                 |       |                                       |    |                       |     |
| その他の所見（申請時） ※直近の状況を記載 |                                                                                                                                                                                |       |                                       |    |                       |     |
| 合併症                   | 内分泌疾患：[ なし ・ あり ]<br>疾患名：( )                                                                                                                                                   |       |                                       |    |                       |     |
|                       | 合併症（その他）：( )                                                                                                                                                                   |       |                                       |    |                       |     |
| 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 ]<br>詳細：( )                                                                                                                                                     |       |                                       |    |                       |     |
|                       | 機能抑制療法：[ なし ・ あり ]<br>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 )<br>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 )<br>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 |       |                                       |    |                       |     |
| 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<br>医師名<br>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 ( )<br>被保険者番号 ( ) 被保険者個人単位校番 ( )<br>資格取得年月日 年 月 日 |

|                                         |             |                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |       |  |
|-----------------------------------------|-------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------|--|----------------------|--|----------------------|--|-----------------------|--|-----------------------------|--|-------|--|
| 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〈新規申請用〉 |  | 1/2                         |  |       |  |
| 病名                                      |             | 91 ヌーナン (Noonan) 症候群                                                                                                                                                                                                                    |  |                                            |  |                      |  |                      |  | 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 ( )<br>資格取得年月日 年 月 日                                                                                                                                                                         |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |       |  |
| 氏名                                      |             | (セイメイ)<br>(姓)                                                                                                                                                                                                                           |  |                                            |  |                      |  | 以前の登録氏名<br>(変更のある場合) |  | (セイメイ)<br>(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<br>身長・体重                            |             | 身長<br>(測定日)                                                                                                                                                                                                                             |  | cm ( SD)                                   |  |                      |  | 体重<br>(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<br>(Tanner分類)                      |             | 二次性徴: [ なし ・ あり ] 思春期開始年齢: ( 歳 か月 )<br>乳房発育 (女子のみ): [ I ・ II ・ III ・ IV ・ V ] 年齢 (発現時): ( 歳 か月 )<br>陰毛発育 (男女共): [ I ・ II ・ III ・ IV ・ V ] 年齢 (発現時): ( 歳 か月 )<br>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 |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |       |  |
| 身体所見                                    |             | 身長 (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: ( )cm 実施日: ( 年 月 日 )<br>眼間開離: [ なし ・ あり ] 眼瞼下垂: [ なし ・ あり ] 内眼角贅皮: [ なし ・ あり ] 眼裂斜下: [ なし ・ あり ]<br>耳介低位: [ なし ・ あり ] 高口蓋: [ なし ・ あり ] 小顎症: [ なし ・ あり ]                                          |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |       |  |
| 症状                                      | 全身          | 低身長 (−2.0SD以下): [ なし ・ あり ] 低身長 (−2.0SDより大きく−1.88SD以下): [ なし ・ あり ]<br>低身長 (−1.88SDより大きく−1.33SD以下): [ なし ・ あり ]                                                                                                                         |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |       |  |
|                                         | 呼吸器・<br>循環器 | 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 ]<br>心電図所見 (左前胸部誘導におけるR／S比の以上、幅広いQRS波、左軸偏位、巨大Q波): [ 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 ]                                                                                                                                                                                               |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |       |  |
|                                         | 筋・骨格        | 鳩胸: [ なし ・ あり ] 漏斗胸: [ なし ・ あり ] 広い胸郭: [ 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         | リンパ管形成異常: [ なし ・ あり ]<br>症状 (その他): ( )                                                                                                                                                                                                  |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |       |  |
| 臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載                    |             |                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |       |  |
| 二次性徴<br>(Tanner分類)                      |             | 二次性徴: [ なし ・ あり ] 思春期開始年齢: ( 歳 か月 )<br>乳房発育 (女子のみ): [ I ・ II ・ III ・ IV ・ V ] 年齢 (発現時): ( 歳 か月 )<br>陰毛発育 (男女共): [ I ・ II ・ III ・ IV ・ V ] 年齢 (発現時): ( 歳 か月 )<br>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                                      | 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 (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                                    |             | IGF-1 (ソマトメジンC): ( )ng/mL テストステロン: ( )ng/mL ・ ng/dL<br>エストラジオール (E <sub>2</sub> ): ( )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 )<br>所見: ( )                                                                                                                                                                                           |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |       |  |
| 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<br>エストラジオール (E <sub>2</sub> ): ( )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 )<br>所見: ( )                                                                                                                                                                                           |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |       |  |



|                                         |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                  |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
|-----------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------|--|----------------------|--|----------------------|--|-----------------------|--|-----------------------------|--|
| 告示番号                                    |  | 90                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  | 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                                      |  | 92 バルデー・ビードル (Bardet-Biedl) 症候群                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                  |  |                      |  |                      |  | 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 ( )<br>資格取得年月日 年 月 日                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                  |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
| 氏名                                      |  | (セイメイ)<br>(姓)                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                                  |  |                      |  | 以前の登録氏名<br>(変更のある場合) |  | (セイメイ)<br>(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<br>身長・体重                            |  | 身長<br>(測定日)                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  | cm ( SD)<br>年 月 日                                |  | 体重<br>(測定日)          |  | kg ( SD)<br>年 月 日    |  | BMI                   |  |                             |  |
|                                         |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                  |  |                      |  |                      |  | 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 )                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                                                  |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
| 症状                                      |  | 内分泌・代謝                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  | 性腺機能低下: [ なし ・ あり ] 肥満: [ なし ・ あり ]              |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
|                                         |  | 腎・泌尿器                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  | 腎機能低下: [ なし ・ あり ]                               |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
|                                         |  | 筋・骨格                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  | 多指・合指症: [ 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 ] |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
|                                         |  | 眼                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  | 網膜色素変性: [ 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                    |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                  |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
| 症状                                      |  | 内分泌・代謝                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  | 性腺機能低下: [ なし ・ あり ] 肥満: [ なし ・ あり ]              |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
|                                         |  | 腎・泌尿器                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  | 腎機能低下: [ なし ・ あり ]                               |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
|                                         |  | 筋・骨格                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  | 多指・合指症: [ 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 ] |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
|                                         |  | 眼                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  | 網膜色素変性: [ 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                                    |  | AST: ( ) U/L ALT: ( ) U/L 中性脂肪 (TG): ( ) mg/dL<br>総コレステロール: ( ) mg/dL IGF-1 (ソマトメジンC): ( ) ng/mL<br>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<br>LH: ( ) mIU/mL FSH: ( ) mIU/mL<br>HbA <sub>1c</sub> : ( ) % 血糖値 (空腹時): ( ) mg/dL<br>インスリン (IRI): ( ) μU/mL 採血タイミング: [ 空腹時 ・ 食後 ] |  |                                                  |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
|                                         |  | 遺伝学的検査<br>遺伝子検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )<br>所見: ( )                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                  |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
| 検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載                    |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                  |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
| 血液検査                                    |  | AST: ( ) U/L ALT: ( ) U/L 中性脂肪 (TG): ( ) mg/dL<br>総コレステロール: ( ) mg/dL IGF-1 (ソマトメジンC): ( ) ng/mL<br>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<br>LH: ( ) mIU/mL FSH: ( ) mIU/mL<br>HbA <sub>1c</sub> : ( ) % 血糖値 (空腹時): ( ) mg/dL<br>インスリン (IRI): ( ) μU/mL 採血タイミング: [ 空腹時 ・ 食後 ] |  |                                                  |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
|                                         |  | 遺伝学的検査<br>遺伝子検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )<br>所見: ( )                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                  |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
| その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載                  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                  |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
| 合併症                                     |  | 合併症: [ なし ・ あり ]<br>詳細: ( )                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                                  |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |

