

告示番号	5	内分泌疾患	平成( )年度	小児慢性特定疾病	医療意見書
受給者番号( )	新規登録 ・ 継続 ・ 転入 ( 転出地: )				
患者	ふりがな 氏名	男・女	生年月日	平成	年 月 日 ( 満 歳 )
出生都道府県 <sup>※1</sup>		出生体重	g	出生週数	在胎 週
現在の身長 <sup>※2</sup>	cm	現在の体重 <sup>※2</sup>	kg	母の生年月日	昭和 平成 年 月 日
発病	年 月 頃	初診日	年 月 日		
大分類病名	1 下垂体機能低下症	細分類病名	1	先天性下垂体機能低下症	

該当するものに○をつけ、必要な場合( )に記載

1.臨床所見					
現在の 症状	身長・体重の測定日 ( 年 月 日 ) 現在の身長 ( ) SD 現在の体重 ( ) SD				
	<b>低ゴナドトロピン性腺機能低下症</b> ( なし ・ あり → 二次性徴の欠如または進行停止 ・ 月経異常 ・ 性欲低下 ・ インポテンス ・ 不妊 ・ 陰毛腋毛の脱落 ・ 性器萎縮 ・ 乳房萎縮 ・ 小陰茎 ・ 停留精巣 ・ 尿道下裂 ・ 無嗅症 (Kallmann症候群) ) <b>ACTH分泌不全症</b> ( なし ・ あり → 全身倦怠感 ・ 易疲労性 ・ 食欲不振 ・ 意識障害 (低血糖や低ナトリウム血症による) ・ 低血圧 ) <b>TSH分泌不全症</b> ( なし ・ あり → 耐寒能の低下 ・ 不活発 ・ 皮膚乾燥 ・ 徐脈 ・ 脱毛 ・ 発育障害 ) <b>GH分泌不全症</b> ( なし ・ あり → 成長障害 (身長-2.0SD以下、成長速度が2年以上にわたって-1.5 SD 以下) ・ 乳幼児の症候性低血糖 ) <b>中枢性尿崩症</b> ( なし ・ あり → 口渇 ・ 多飲 ・ 多尿 ) 二次性徴 乳房 Tanner ( ) 度 陰毛 Tanner ( ) 度 精巣 ( ) mL その他の特記すべき症状 ( なし ・ あり → 所見: )				

2.検査所見															
診断の 根拠とな った主 な検査 等の 結果	継続申請の場合は現在の状況を記載														
	<b>TRH分泌刺激試験</b> 検査日 ( 年 月 日 ) TSH基礎値 ( ) $\mu$ IU/mL TSH頂値 ( ) $\mu$ IU/mL 頂値出現時間 ( ) 分 <b>LHRH負荷試験</b> 検査日 ( 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 <b>インスリン・CRH負荷試験</b> 検査日 ( 年 月 日 ) コルチゾール基礎値 ( ) $\mu$ g/dL コルチゾール頂値 ( ) $\mu$ g/dL <b>水制限・高張食塩水負荷試験</b> 検査日 ( 年 月 日 ) 最大尿浸透圧 ( ) mOsm/kg $\cdot$ H <sub>2</sub> O ADH頂値 ( ) pg/mL 註: GH分泌刺激試験の結果については、「成長ホルモン治療用意見書」に記載すること														
	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>free T<sub>3</sub> ( ) pg/mL</td> <td>free T<sub>4</sub> ( ) ng/dL</td> <td>IGF-I ( ) ng/mL</td> </tr> <tr> <td>テストステロン ( ) ng/dL</td> <td>E<sub>2</sub> ( ) pg/mL</td> <td></td> </tr> <tr> <td>コルチゾール 朝: ( ) <math>\mu</math>g/dL</td> <td>昼・夕: ( ) <math>\mu</math>g/dL</td> <td>寝る前: ( ) <math>\mu</math>g/dL</td> </tr> </table>						free T <sub>3</sub> ( ) pg/mL	free T <sub>4</sub> ( ) ng/dL	IGF-I ( ) ng/mL	テストステロン ( ) ng/dL	E <sub>2</sub> ( ) pg/mL		コルチゾール 朝: ( ) $\mu$ g/dL	昼・夕: ( ) $\mu$ g/dL	寝る前: ( ) $\mu$ g/dL
	free T <sub>3</sub> ( ) pg/mL	free T <sub>4</sub> ( ) ng/dL	IGF-I ( ) ng/mL												
	テストステロン ( ) ng/dL	E <sub>2</sub> ( ) pg/mL													
	コルチゾール 朝: ( ) $\mu$ g/dL	昼・夕: ( ) $\mu$ g/dL	寝る前: ( ) $\mu$ g/dL												
	骨年齢 検査日 ( 年 月 日 ) ( ) 歳 ( ) か月														
	画像所見 ( 下垂体近傍の画像所見 ) 検査日 ( 年 月 日 ) 所見 ( )														
	周産期異常 ( なし ・ 骨盤位分娩 ・ 新生児仮死 ・ 遷延性黄疸 )														
	遺伝子検査 ( 未実施 ・ 実施 → 所見: )														

3.その他の所見					
その他の現在の所見など	合併症 ( なし ・ あり → 詳細: )				

4.経過					
現在までの主な治療など	薬物療法など ( なし ・ あり → 補充療法 ・ 機能抑制療法 ・ 他の薬物療法 ・ 運動制限 ・ 手術予定あり ・ 術後 ) 成長ホルモン治療 ( 不要 ・ 要 → 添付する成長ホルモン治療用意見書 ( 初回 ・ 継続 ) )				

5.今後の療方針					
就学・就労	1. 就学前 2. 小中学校 ( 通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級 ) 3. 特別支援学校 ( 小中学部 ・ 専攻科を含む高等部 ) 4. 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 5. 大学 ( 短期大学を含む ) 6. 就労 ( 就学中の就労も含む ) 7. 未就学かつ未就労 8. その他 ( )				
現状評価	一つに○印: 治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能 小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当: しない ・ する ・ 不明 人工呼吸器等装着者認定基準に該当: しない ・ する ・ 不明				
治療見込期間	入院	年 月 日 から	年 月 日 まで		
	通院	年 月 日 から	年 月 日 まで	( 月 回 )	

上記の通り診断します。					
医療機関名			科		
および					
所在地					
平成	年	月	日	医師名	印
小児慢性特定疾病指定医番号					

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入  
※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入

告示番号	4	内分泌疾患	平成( )年度	小児慢性特定疾病	医療意見書
受給者番号( )	新規登録 ・ 継続 ・ 転入 ( 転出地: )				
患者	ふりがな 氏名	男・女	生年月日	平成	年 月 日 ( 満 歳 )
出生都道府県 <sup>※1</sup>		出生体重	g	出生週数	在胎 週
現在の身長 <sup>※2</sup>	cm	現在の体重 <sup>※2</sup>	kg	母の生年月日	昭和 平成 年 月 日
発病	年 月 頃	初診日	年 月 日		
大分類病名	1 下垂体機能低下症	細分類病名	2	後天性下垂体機能低下症	

該当するものに○をつけ、必要な場合( )に記載

1.臨床所見					
現在の 症状	身長・体重の測定日 ( 年 月 日 )				
	現在の身長 ( ) SD 現在の体重 ( ) SD				
現在の 症状	<b>低ゴナドトロピン性腺機能低下症</b> ( なし ・ あり → 二次性徴の欠如または進行停止 ・ 月経異常 ・ 性欲低下 ・ インポテンス ・ 不妊 ・ 陰毛腋毛の脱落 ・ 性器萎縮 ・ 乳房萎縮 ・ 小陰茎 ・ 停留精巣 ・ 尿道下裂 ・ 無嗅症 (Kallmann症候群) )				
	<b>ACTH分泌不全症</b> ( なし ・ あり → 全身倦怠感 ・ 易疲労性 ・ 食欲不振 ・ 意識障害 (低血糖や低ナトリウム血症による) ・ 低血圧 )				
	<b>TSH分泌不全症</b> ( なし ・ あり → 耐寒能の低下 ・ 不活発 ・ 皮膚乾燥 ・ 徐脈 ・ 脱毛 ・ 発育障害 )				
	<b>GH分泌不全症</b> ( なし ・ あり → 成長障害 (身長-2.0SD以下、成長速度が2年以上にわたって-1.5 SD 以下) ・ 乳幼児の症候性低血糖 )				
	<b>中枢性尿崩症</b> ( なし ・ あり → 口渇 ・ 多飲 ・ 多尿 )				
	二次性徴 乳房 Tanner ( ) 度 陰毛 Tanner ( ) 度 精巣 ( ) mL				
	その他の特記すべき症状 ( なし ・ あり → 所見: )				

2.検査所見														
診断の 根拠とな った主 な検査 等の結 果	継続申請の場合は現在の状況を記載													
	<b>TRH分泌刺激試験</b> 検査日 ( 年 月 日 )													
	TSH基礎値 ( ) $\mu$ IU/mL TSH頂値 ( ) $\mu$ IU/mL 頂値出現時間 ( ) 分													
	<b>LHRH負荷試験</b> 検査日 ( 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													
	<b>インスリン・CRH負荷試験</b> 検査日 ( 年 月 日 )													
	コルチゾール基礎値 ( ) $\mu$ g/dL コルチゾール頂値 ( ) $\mu$ g/dL													
	<b>水制限・高張食塩水負荷試験</b> 検査日 ( 年 月 日 )													
	最大尿浸透圧 ( ) mOsm/kg $\cdot$ H <sub>2</sub> O ADH頂値 ( ) pg/mL													
註: GH分泌刺激試験の結果については、「成長ホルモン治療用意見書」に記載すること														
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>free T<sub>3</sub> ( ) pg/mL</td> <td>free T<sub>4</sub> ( ) ng/dL</td> <td>IGF-I ( ) ng/mL</td> </tr> <tr> <td>テストステロン ( ) ng/dL</td> <td>E<sub>2</sub> ( ) pg/mL</td> <td></td> </tr> <tr> <td>コルチゾール 朝: ( ) <math>\mu</math>g/dL</td> <td>昼・夕: ( ) <math>\mu</math>g/dL</td> <td>寝る前: ( ) <math>\mu</math>g/dL</td> </tr> </table>						free T <sub>3</sub> ( ) pg/mL	free T <sub>4</sub> ( ) ng/dL	IGF-I ( ) ng/mL	テストステロン ( ) ng/dL	E <sub>2</sub> ( ) pg/mL		コルチゾール 朝: ( ) $\mu$ g/dL	昼・夕: ( ) $\mu$ g/dL	寝る前: ( ) $\mu$ g/dL
free T <sub>3</sub> ( ) pg/mL	free T <sub>4</sub> ( ) ng/dL	IGF-I ( ) ng/mL												
テストステロン ( ) ng/dL	E <sub>2</sub> ( ) pg/mL													
コルチゾール 朝: ( ) $\mu$ g/dL	昼・夕: ( ) $\mu$ g/dL	寝る前: ( ) $\mu$ g/dL												
骨年齢 検査日 ( 年 月 日 ) ( ) 歳 ( ) か月														
画像所見 ( 下垂体近傍の画像所見 ) 検査日 ( 年 月 日 )														
所見 ( )														
周産期異常 ( なし ・ 骨盤位分娩 ・ 新生児仮死 ・ 遷延性黄疸 )														
遺伝子検査 ( 未実施 ・ 実施 → 所見: )														

3.その他の所見					
その他の現在の所見など	合併症 ( なし ・ あり → 詳細: )				

4.経過					
現在までの主な治療など	薬物療法など ( なし ・ あり → 補充療法 ・ 機能抑制療法 ・ 他の薬物療法 ・ 運動制限 ・ 手術予定あり ・ 術後 ) 成長ホルモン治療 ( 不要 ・ 要 → 添付する成長ホルモン治療用意見書 ( 初回 ・ 継続 ) )				

5.今後の療方針					
就学・就労	1. 就学前 2. 小中学校 ( 通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級 ) 3. 特別支援学校 ( 小中学部 ・ 専攻科を含む高等部 ) 4. 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 5. 大学 ( 短期大学を含む ) 6. 就労 ( 就学中の就労も含む ) 7. 未就学かつ未就労 8. その他 ( )				
現状評価	一つに○印: 治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能 小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当: しない ・ する ・ 不明 人工呼吸器等装着者認定基準に該当: しない ・ する ・ 不明				
治療見込期間	入院	年 月 日 から	年 月 日 まで		
	通院	年 月 日 から	年 月 日 まで	( 月 回 )	

上記の通り診断します。					
医療機関名			科		
および					
所在地					
平成	年	月	日	医師名	印
小児慢性特定疾病指定医番号					

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入  
※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入

告示番号	6	内分泌疾患	平成 ( ) 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書
受給者番号 ( )	新規登録 ・ 継続 ・ 転入 ( 転出地 : )		
患者	ふりがな 氏名	男 ・ 女	生年月日 平成 年 月 日 ( 満 歳 )
出生都道府県 <sup>※1</sup>	出生体重	g	出生週数 在胎 週
現在の身長 <sup>※2</sup>	cm	現在の体重 <sup>※2</sup>	kg 母の生年月日 昭和 平成 年 月 日
発病	年 月 頃	初診日	年 月 日
大分類病名	2 下垂体性巨人症	細分類病名	3 下垂体性巨人症

該当するものに○をつけ、必要な場合 ( ) に記載

1. 臨床所見			
現在の 症 状	身長・体重の測定日 ( ) 年 月 日)	現在の身長 ( ) SD	現在の体重 ( ) SD
	著明な身長の増加 ( なし ・ あり )	先端巨大 ( なし ・ あり )	発汗過多 ( なし ・ あり )
	頭痛 ( なし ・ あり )	視野障害 ( なし ・ あり )	月経異常 ( なし ・ あり )
	睡眠時無呼吸 ( なし ・ あり )	耐糖能異常 ( なし ・ あり )	高血圧 ( なし ・ あり )
	咬合不全 ( なし ・ あり )		
二次性徴	乳房 Tanner ( ) 度	陰毛 Tanner ( ) 度	精巣 ( ) mL
その他の特記すべき症状 ( なし ・ あり → 所見 : )			

2. 検査所見			
診 断 の 根 拠 と な っ た 主 な 検 査 等 の 結 果	継続申請の場合は現在の状況を記載		
	ブドウ糖経口負荷試験	検査日 ( ) 年 月 日)	
	GH最低値 (補正值)	( ) μg/L	
	IGF-I	( ) ng/mL	
	骨年齢	検査日 ( ) 年 月 日) ( ) 歳 ( ) か月	
	画像所見		
	CTまたはMRI所見	下垂体腺腫 ( なし ・ あり )	検査日 ( ) 年 月 日)
頭部X線写真所見	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 )	
手X線写真所見	手指末節骨の花キャベツ様肥大変形 ( なし ・ あり )		
足X線写真所見	足底部軟部組織厚heel padの増大 ( なし ・ あり )		

3. その他の所見	
その他の現在の所見など	合併症 ( なし ・ あり → 詳細 : )

4. 経 過	
現在までの主な治療など	薬物療法など ( なし ・ あり → 補充療法 ・ 機能抑制療法 ・ 他の薬物療法 ・ 運動制限 ・ 手術予定あり ・ 術後 )

5. 今後の療法方針	
就学・就労	1. 就学前 2. 小中学校 ( 通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級 ) 3. 特別支援学校 ( 小中学部 ・ 専攻科を含む高等部 ) 4. 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 5. 大学 ( 短期大学を含む ) 6. 就労 ( 就学中の就労も含む ) 7. 未就学かつ未就労 8. その他 ( )
現状評価	一つに○印 : 治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能 小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当 : しない ・ する ・ 不明 人工呼吸器等装着者認定基準に該当 : しない ・ する ・ 不明
治療見込期間	入院 年 月 日から 年 月 日まで 通院 年 月 日から 年 月 日まで ( 月 回 )

上記の通り診断します。	
平成 年 月 日	医療機関名 および 所在地  科  医師名  小児慢性特定疾病指定医番号

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入  
※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入

告示番号	56	内分泌疾患	平成( )年度	小児慢性特定疾病	医療意見書
受給者番号( )	新規登録 ・ 継続 ・ 転入 ( 転出地: )				
患者	ふりがな 氏名	男・女	生年月日	平成	年 月 日 ( 満 歳 )
出生都道府県 <sup>※1</sup>		出生体重	g	出生週数	在胎 週
現在の身長 <sup>※2</sup>	cm	現在の体重 <sup>※2</sup>	kg	母の生年月日	昭和 平成 年 月 日
発病	年 月 頃	初診日	年 月 日		
大分類病名	3 先端巨大症	細分類病名	4	先端巨大症	

該当するものに○をつけ、必要な場合( )に記載

1.臨床所見					
現在の 症 状	身長・体重の測定日 ( ) 年 月 ( ) 日)	現在の身長 ( ) SD	現在の体重 ( ) SD		
	手足の容積の増大 ( なし ・ あり )	先端巨大症様顔貌 ( なし ・ あり )	巨大舌 ( なし ・ あり )		
	発汗過多 ( なし ・ あり )	頭痛 ( なし ・ あり )	視野障害 ( なし ・ あり )		
	月経異常 ( なし ・ あり )	睡眠時無呼吸 ( なし ・ あり )	耐糖能異常 ( なし ・ あり )		
	高血圧 ( なし ・ あり )	咬合不全 ( なし ・ あり )			
二次性徴	乳房 Tanner ( ) 度	陰毛 Tanner ( ) 度	精巣 ( ) mL		
その他の特記すべき症状 ( なし ・ あり → 所見: )					

2.検査所見					
診 断 の 根 拠 と な っ た 主 な 検 査 等 の 結 果	継続申請の場合は現在の状況を記載				
	ブドウ糖経口負荷試験	検査日 ( ) 年 月 日)			
	GH最低値(補正值)	( ) μg/L			
	IGF-I	( ) ng/mL			
	骨年齢	検査日 ( ) 年 月 日) ( ) 歳 ( ) か月			
	画像所見				
CTまたはMRI所見	下垂体腺腫 ( なし ・ あり )	検査日 ( ) 年 月 日)			
頭部X線写真所見	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 )			
手X線写真所見	手指末節骨の花キャベツ様肥大変形 ( なし ・ あり )				
足X線写真所見	足底部軟部組織厚heel padの増大 ( なし ・ あり )				

3.その他の所見					
その他の現在の所見など	合併症 ( なし ・ あり → 詳細: )				

4.経 過					
現在までの主な治療など	薬物療法など ( なし ・ あり → 補充療法 ・ 機能抑制療法 ・ 他の薬物療法 ・ 運動制限 ・ 手術予定あり ・ 術後 )				

5.今後の療法方針					
就学・就労	1. 就学前 2. 小中学校 ( 通常学級・通級・特別支援学級 ) 3. 特別支援学校 ( 小中学部・専攻科を含む高等部 ) 4. 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 5. 大学 ( 短期大学を含む ) 6. 就労 ( 就学中の就労も含む ) 7. 未就学かつ未就労 8. その他 ( )				
現状評価	一つに○印: 治癒・寛解・改善・不変・再発・悪化・死亡・判定不能 小児慢性特定疾病重症患者認定基準に該当: しない・する・不明 人工呼吸器等装着者認定基準に該当: しない・する・不明				
治療見込期間	入院	年 月 日 から	年 月 日 まで		
	通院	年 月 日 から	年 月 日 まで	( 月 回 )	

上記の通り診断します。					
			医療機関名		
			および		
			所在地		
平成	年	月	日	医師名	科 印
小児慢性特定疾病指定医番号					

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入  
※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入

告示番号	46	内分泌疾患	平成( )年度	小児慢性特定疾病	医療意見書
受給者番号( )	新規登録 ・ 継続 ・ 転入 ( 転出地: )				
患者	ふりがな 氏名	男・女	生年月日	平成	年 月 日 ( 満 歳 )
出生都道府県 <sup>※1</sup>		出生体重	g	出生週数	在胎 週
現在の身長 <sup>※2</sup>	cm	現在の体重 <sup>※2</sup>	kg	母の生年月日	昭和 平成 年 月 日
発病	年 月 頃	初診日	年 月 日		
大分類病名	4 成長ホルモン分泌不全性低身長症	細分類病名	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。)		

該当するものに○をつけ、必要な場合 ( ) に記載

1. 臨床所見					
現在の 症状	身長・体重の測定日 ( 年 月 日 ) 現在の身長 ( ) SD 現在の体重 ( ) SD				
	<b>低ゴナドトロピン性性腺機能低下症</b> ( なし ・ あり → 二次性徴の欠如または進行停止 ・ 月経異常 ・ 性欲低下 ・ インポテンス ・ 不妊 ・ 陰毛腋毛の脱落 ・ 性器萎縮 ・ 乳房萎縮 ・ 小陰茎 ・ 停留精巣 ・ 尿道下裂 ・ 無嗅症 (Kallmann症候群) ) <b>ACTH分泌不全症</b> ( なし ・ あり → 全身倦怠感 ・ 易疲労性 ・ 食欲不振 ・ 意識障害 (低血糖や低ナトリウム血症による) ・ 低血圧 ) <b>TSH分泌不全症</b> ( なし ・ あり → 耐寒能の低下 ・ 不活発 ・ 皮膚乾燥 ・ 徐脈 ・ 脱毛 ・ 発育障害 ) <b>GH分泌不全症</b> ( なし ・ あり → 成長障害 (身長-2.0SD以下、成長速度が2年以上にわたって-1.5 SD 以下) ・ 乳幼児の症候性低血糖 ) <b>中枢性尿崩症</b> ( なし ・ あり → 口渇 ・ 多飲 ・ 多尿 ) 二次性徴 乳房 Tanner ( ) 度 陰毛 Tanner ( ) 度 精巣 ( ) mL その他の特記すべき症状 ( なし ・ あり → 所見: )				

2. 検査所見						
診断の 根拠とな った主 な検査 等の結 果	継続申請の場合は現在の状況を記載					
	<b>TRH分泌刺激試験</b> 検査日 ( 年 月 日 ) TSH基礎値 ( ) $\mu$ IU/mL TSH頂値 ( ) $\mu$ IU/mL 頂値出現時間 ( ) 分					
	<b>LHRH負荷試験</b> 検査日 ( 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					
	<b>インスリン・CRH負荷試験</b> 検査日 ( 年 月 日 ) コルチゾール基礎値 ( ) $\mu$ g/dL コルチゾール頂値 ( ) $\mu$ g/dL					
	<b>水制限・高張食塩水負荷試験</b> 検査日 ( 年 月 日 ) 最大尿浸透圧 ( ) mOsm/kg $\cdot$ H <sub>2</sub> O ADH頂値 ( ) pg/mL					
	注: GH分泌刺激試験の結果については、「成長ホルモン治療用意見書」に記載すること					
	free T <sub>3</sub> ( ) pg/mL free T <sub>4</sub> ( ) ng/dL IGF-I ( ) ng/mL テストステロン ( ) ng/dL E <sub>2</sub> ( ) pg/mL コルチゾール 朝: ( ) $\mu$ g/dL 昼・夕: ( ) $\mu$ g/dL 寝る前: ( ) $\mu$ g/dL					
	<b>骨年齢</b> 検査日 ( 年 月 日 ) ( ) 歳 ( ) か月					
	<b>画像所見</b> (下垂体近傍の画像所見) 検査日 ( 年 月 日 ) 所見 ( )					
	脳の器質的障害の原因 ( ) <b>周産期異常</b> ( なし ・ 骨盤位分娩 ・ 新生児仮死 ・ 遷延性黄疸 ) <b>遺伝子検査</b> ( 未実施 ・ 実施 → 所見: )					

3. その他の所見					
その他の現在の所見など	合併症 ( なし ・ あり → 詳細: )				

4. 経過					
現在までの主な治療など	薬物療法など ( なし ・ あり → 補充療法 ・ 機能抑制療法 ・ 他の薬物療法 ・ 運動制限 ・ 手術予定あり ・ 術後 ) 成長ホルモン治療 ( 不要 ・ 要 → 添付する成長ホルモン治療用意見書 ( 初回 ・ 継続 ) )				

5. 今後の療方針					
就学・就労	1. 就学前 2. 小中学校 ( 通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級 ) 3. 特別支援学校 ( 小中学部 ・ 専攻科を含む高等部 ) 4. 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 5. 大学 ( 短期大学を含む ) 6. 就労 ( 就学中の就労も含む ) 7. 未就学かつ未就労 8. その他 ( )				
現状評価	一つに○印: 治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能 小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当: しない ・ する ・ 不明 人工呼吸器等装着者認定基準に該当: しない ・ する ・ 不明				
治療見込期間	入院	年 月 日 から	年 月 日 まで		
	通院	年 月 日 から	年 月 日 まで	( 月 回 )	

上記の通り診断します。					
平成 年 月 日			医療機関名 および 所在地		
			科		
			医師名		
			印		
小児慢性特定疾病指定医番号					

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入  
※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入

告示番号	47	内分泌疾患	平成( )年度	小児慢性特定疾病	医療意見書
受給者番号( )	新規登録 ・ 継続 ・ 転入 ( 転出地: )				
患者	ふりがな 氏名	男・女	生年月日	平成 年 月 日 (満 歳)	
出生都道府県 <sup>※1</sup>	出生体重	g	出生週数	在胎 週	
現在の身長 <sup>※2</sup>	cm	現在の体重 <sup>※2</sup>	kg	母の生年月日	昭和 平成 年 月 日
発病	年 月 頃	初診日	年 月 日		
大分類病名	4 成長ホルモン分泌不全性低身長症	細分類病名	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。)		

該当するものに○をつけ、必要な場合( )に記載

1.臨床所見	
現在の 症 状	身長・体重の測定日 ( 年 月 日) 現在の身長 ( ) SD 現在の体重 ( ) SD <b>低ゴナドトロピン性腺機能低下症</b> ( なし ・ あり → 二次性徴の欠如または進行停止 ・ 月経異常 ・ 性欲低下 ・ インポテンス ・ 不妊 ・ 陰毛腋毛の脱落 ・ 性器萎縮 ・ 乳房萎縮 ・ 小陰茎 ・ 停留精巣 ・ 尿道下裂 ・ 無嗅症(Kallmann症候群) ) <b>ACTH分泌不全症</b> ( なし ・ あり → 全身倦怠感 ・ 易疲労性 ・ 食欲不振 ・ 意識障害(低血糖や低ナトリウム血症による) ・ 低血圧 ) <b>TSH分泌不全症</b> ( なし ・ あり → 耐寒能の低下 ・ 不活発 ・ 皮膚乾燥 ・ 徐脈 ・ 脱毛 ・ 発育障害 ) <b>GH分泌不全症</b> ( なし ・ あり → 乳幼児の症候性低血糖 ・ 低身長(-2.5SD以下) ・ 低身長(-2.5 SDより大きい~-2.0SD以下) ・ 成長速度の低下(2年以上標準値の-1.5 SD以下) ) <b>中枢性尿崩症</b> ( なし ・ あり → 口渇 ・ 多飲 ・ 多尿 ) 二次性徴 乳房 Tanner ( ) 度 陰毛 Tanner ( ) 度 精巣 ( ) mL その他の特記すべき症状 ( なし ・ あり → 所見: )

2.検査所見																																								
診 断 の 根 拠 と な っ た 主 な 検 査 等 の 結 果	継続申請の場合は現在の状況を記載 <table border="1"> <tr> <td><b>GH分泌刺激試験①</b></td> <td>負荷試験名 ( )</td> <td>検査日 ( 年 月 日)</td> <td>GH頂値(補正值) ( ) ng/mL</td> </tr> <tr> <td><b>GH分泌刺激試験②</b></td> <td>負荷試験名 ( )</td> <td>検査日 ( 年 月 日)</td> <td>GH頂値(補正值) ( ) ng/mL</td> </tr> <tr> <td><b>TRH分泌刺激試験</b></td> <td>検査日 ( 年 月 日)</td> <td>TSH基礎値 ( ) μIU/mL</td> <td>TSH頂値 ( ) μIU/mL</td> <td>頂値出現時間 ( ) 分</td> </tr> <tr> <td><b>LHRH負荷試験</b></td> <td>検査日 ( 年 月 日)</td> <td>LH基礎値 ( ) mIU/mL</td> <td>LH頂値 ( ) mIU/mL</td> <td>FSH基礎値 ( ) mIU/mL</td> <td>FSH頂値 ( ) mIU/mL</td> </tr> <tr> <td><b>インスリン・CRH負荷試験</b></td> <td>検査日 ( 年 月 日)</td> <td>コルチゾール基礎値 ( ) μg/dL</td> <td>コルチゾール頂値 ( ) μg/dL</td> </tr> <tr> <td><b>水制限・高張食塩水負荷試験</b></td> <td>検査日 ( 年 月 日)</td> <td>最大尿浸透圧 ( ) mOsm/kg · H<sub>2</sub>O</td> <td>ADH頂値 ( ) pg/mL</td> </tr> <tr> <td></td> <td>free T<sub>3</sub> ( ) pg/mL</td> <td>free T<sub>4</sub> ( ) ng/dL</td> <td>IGF-I ( ) ng/mL</td> </tr> <tr> <td></td> <td>テストステロン ( ) ng/dL</td> <td>E<sub>2</sub> ( ) pg/mL</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>コルチゾール 朝: ( ) μg/dL</td> <td>昼・夕: ( ) μg/dL</td> <td>寝る前: ( ) μg/dL</td> </tr> </table>	<b>GH分泌刺激試験①</b>	負荷試験名 ( )	検査日 ( 年 月 日)	GH頂値(補正值) ( ) ng/mL	<b>GH分泌刺激試験②</b>	負荷試験名 ( )	検査日 ( 年 月 日)	GH頂値(補正值) ( ) ng/mL	<b>TRH分泌刺激試験</b>	検査日 ( 年 月 日)	TSH基礎値 ( ) μIU/mL	TSH頂値 ( ) μIU/mL	頂値出現時間 ( ) 分	<b>LHRH負荷試験</b>	検査日 ( 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	<b>インスリン・CRH負荷試験</b>	検査日 ( 年 月 日)	コルチゾール基礎値 ( ) μg/dL	コルチゾール頂値 ( ) μg/dL	<b>水制限・高張食塩水負荷試験</b>	検査日 ( 年 月 日)	最大尿浸透圧 ( ) mOsm/kg · H <sub>2</sub> O	ADH頂値 ( ) pg/mL		free T <sub>3</sub> ( ) pg/mL	free T <sub>4</sub> ( ) ng/dL	IGF-I ( ) ng/mL		テストステロン ( ) ng/dL	E <sub>2</sub> ( ) pg/mL			コルチゾール 朝: ( ) μg/dL	昼・夕: ( ) μg/dL	寝る前: ( ) μg/dL
	<b>GH分泌刺激試験①</b>	負荷試験名 ( )	検査日 ( 年 月 日)	GH頂値(補正值) ( ) ng/mL																																				
<b>GH分泌刺激試験②</b>	負荷試験名 ( )	検査日 ( 年 月 日)	GH頂値(補正值) ( ) ng/mL																																					
<b>TRH分泌刺激試験</b>	検査日 ( 年 月 日)	TSH基礎値 ( ) μIU/mL	TSH頂値 ( ) μIU/mL	頂値出現時間 ( ) 分																																				
<b>LHRH負荷試験</b>	検査日 ( 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																																			
<b>インスリン・CRH負荷試験</b>	検査日 ( 年 月 日)	コルチゾール基礎値 ( ) μg/dL	コルチゾール頂値 ( ) μg/dL																																					
<b>水制限・高張食塩水負荷試験</b>	検査日 ( 年 月 日)	最大尿浸透圧 ( ) mOsm/kg · H <sub>2</sub> O	ADH頂値 ( ) pg/mL																																					
	free T <sub>3</sub> ( ) pg/mL	free T <sub>4</sub> ( ) ng/dL	IGF-I ( ) ng/mL																																					
	テストステロン ( ) ng/dL	E <sub>2</sub> ( ) pg/mL																																						
	コルチゾール 朝: ( ) μg/dL	昼・夕: ( ) μg/dL	寝る前: ( ) μg/dL																																					
骨年齢	検査日 ( 年 月 日) ( ) 歳 ( ) か月																																							
画像所見	(下垂体近傍の画像所見) 検査日 ( 年 月 日) 所見 ( )																																							
周産期異常	( なし ・ 骨盤位分娩 ・ 新生児仮死 ・ 遷延性黄疸 )																																							
遺伝子検査	( 未実施 ・ 実施 → 所見: )																																							

3.その他の所見	
その他の現在の所見など	合併症 ( なし ・ あり → 詳細: )

4.経過	
現在までの主な治療など	薬物療法など ( なし ・ あり → 補充療法 ・ 機能抑制療法 ・ 他の薬物療法 ・ 運動制限 ・ 手術予定あり ・ 術後 ) 成長ホルモン治療申請 <sup>※</sup> ( 不要 ・ 要 → 添付する成長ホルモン治療用意書 ( 初回 ・ 継続 ) ) ※身長 -2.5SD以下の場合のみ申請可

5.今後の療法方針	
就学・就労	1. 就学前 2. 小中学校(通常学級・通級・特別支援学級) 3. 特別支援学校(小中学部・専攻科を含む高等部) 4. 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 5. 大学(短期大学を含む) 6. 就労(就学中の就労も含む) 7. 未就学かつ未就労 8. その他( )
現状評価	一つに○印: 治癒・寛解・改善・不変・再発・悪化・死亡・判定不能 小児慢性特定疾病重症患者認定基準に該当: しない・する・不明 人工呼吸器等装着者認定基準に該当: しない・する・不明
治療見込期間	入院 年 月 日から 年 月 日まで 通院 年 月 日から 年 月 日まで ( 月 回 )

上記の通り診断します。

医療機関名  
および  
所在地

平成 年 月 日 医師名 科 印

小児慢性特定疾病指定医番号

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入  
※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入

告示番号	44	内分泌疾患	平成( )年度	小児慢性特定疾病	医療意見書
受給者番号( )	新規登録 ・ 継続 ・ 転入 ( 転出地: )				
患者	ふりがな 氏名	男・女	生年月日	平成 年 月 日 ( 満 歳 )	
出生都道府県※1		出生体重	g	出生週数	在胎 週
現在の身長※2	cm	現在の体重※2	kg	母の生年月日	昭和 平成 年 月 日
発病	年 月 頃	初診日	年 月 日		
大分類病名	5	成長ホルモン不応性症候群	細分類病名	7	インスリン様成長因子1 (IGF-1) 不応症

該当するものに○をつけ、必要な場合( )に記載

1.臨床所見					
現在の 症 状	身長・体重の測定日 ( 年 月 日 )				
	現在の身長 ( ) SD 現在の体重 ( ) SD				
	二次性徴 乳房 Tanner ( ) 度 陰毛 Tanner ( ) 度 精巣 ( ) mL				
	その他の特記すべき症状 ( なし ・ あり → 所見: )				

2.検査所見					
診 断 の 根 拠 と な っ た 主 な 検 査 等 の 結 果	継続申請の場合は現在の状況を記載				
	<b>GH分泌刺激試験</b> 検査日 ( 年 月 日 )				
	負荷試験名 ( )				
	GH基礎値(補正值) ( ) ng/mL				
	GH頂値(補正值) ( ) ng/mL				
	IGF-I ( ) ng/mL GH ( ) ng/mL				
	IGFBP-3 ( 未実施 ・ 実施 → 測定値 ( ) μg/mL )				
	GHBP ( 未実施 ・ 実施 → 結果: )				
	<b>周産期異常</b> 出生時身長 ( ) cm SGA ( なし ・ あり )				
	SGA性低身長症 ( なし ・ あり → 所見: )				
<b>GH治療歴</b> ( なし ・ あり → 治療効果 ( なし ・ あまりなし ・ あり ) )					
<b>骨年齢</b> 検査日 ( 年 月 日 ) ( ) 歳 ( ) か月					
<b>遺伝子検査</b> ( 未実施 ・ 実施※ )					
※実施の場合 → GH受容体遺伝子異常 ( なし ・ あり → 所見: )					
IGF1受容体遺伝子異常 ( なし ・ あり → 所見: )					
その他の遺伝子異常 ( なし ・ あり → 所見: )					

3.その他の所見					
その他の 現在の 所見など	合併症 ( なし ・ あり → 詳細: )				

4.経 過					
現在までの 主な治療 など	薬物療法など ( なし ・ あり → 補充療法 ・ 機能抑制療法 ・ 他の薬物療法 ・ 運動制限 ・ 手術予定あり ・ 術後 )				

5.今後の療方針					
就学・就労	1. 就学前 2. 小中学校 ( 通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級 ) 3. 特別支援学校 ( 小中学部 ・ 専攻科を含む高等部 ) 4. 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 5. 大学 ( 短期大学を含む ) 6. 就労 ( 就学中の就労も含む ) 7. 未就学かつ未就労 8. その他 ( )				
現状評価	一つに○印 : 治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能 小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当: しない ・ する ・ 不明 人工呼吸器等装着者認定基準に該当: しない ・ する ・ 不明				
治療見込期間	入院	年 月 日から 年 月 日まで			
	通院	年 月 日から 年 月 日まで ( 月 回 )			

上記の通り診断します。					
平成 年 月 日			医療機関名 および 所在地		
			科		
			医師名		
			印		
小児慢性特定疾病指定医番号					

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入  
※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入

告示番号	45	内分泌疾患	平成( )年度	小児慢性特定疾病	医療意見書
受給者番号( )	新規登録 ・ 継続 ・ 転入 ( 転出地: )				
患者	ふりがな 氏名	男・女	生年月日	平成 年 月 日 ( 満 歳 )	
出生都道府県 <sup>※1</sup>		出生体重	g	出生週数	在胎 週
現在の身長 <sup>※2</sup>	cm	現在の体重 <sup>※2</sup>	kg	母の生年月日	昭和 平成 年 月 日
発病	年 月 頃	初診日	年 月 日		
大分類病名	5 成長ホルモン不応性症候群	細分類病名	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。)	

該当するものに○をつけ、必要な場合( )に記載

1. 臨床所見					
現在の 症 状	身長・体重の測定日 ( 年 月 日 )				
	現在の身長 ( ) SD		現在の体重 ( ) SD		
	二次性徴	乳房 Tanner ( ) 度	陰毛 Tanner ( ) 度	精巣 ( ) mL	
	その他の特記すべき症状 ( なし ・ あり → 所見: )				

2. 検査所見					
診 断 の 根 拠 と な っ た 主 な 検 査 等 の 結 果	継続申請の場合は現在の状況を記載				
	<b>GH分泌刺激試験</b> 負荷試験名 ( ) 検査日 ( 年 月 日 )				
	GH基礎値 (補正值) ( ) ng/mL				
	GH頂値 (補正值) ( ) ng/mL				
	<b>IGF1 generation test</b> IGF 1 頂値 ( ) ng/mL 検査日 ( 年 月 日 )				
	IGF-I ( ) ng/mL GH ( ) ng/mL				
	IGFBP-3 ( 未実施 ・ 実施 → 測定値 ( ) μg/mL )				
	GHBP ( 未実施 ・ 実施 → 結果: )				
	<b>周産期異常</b> 出生時身長 ( ) cm SGA ( なし ・ あり )				
	SGA性低身長症 ( なし ・ あり → 所見: )				
<b>GH治療歴</b> ( なし ・ あり → 治療効果 ( なし ・ あまりなし ・ あり ) )					
<b>骨年齢</b> 検査日 ( 年 月 日 ) ( ) 歳 ( ) か月					
<b>遺伝子検査</b> ( 未実施 ・ 実施 <sup>※</sup> )					
※実施の場合 → GH受容体遺伝子異常 ( なし ・ あり → 所見: )					
IGF1受容体遺伝子異常 ( なし ・ あり → 所見: )					
その他の遺伝子異常 ( なし ・ あり → 所見: )					

3. その他の所見					
その他の 現在の 所見など	合併症 ( なし ・ あり → 詳細: )				

4. 経過					
現在までの 主な治療 など	薬物療法など ( なし ・ あり → 補充療法 ・ 機能抑制療法 ・ 他の薬物療法 ・ 運動制限 ・ 手術予定あり ・ 術後 )				

5. 今後の療方針					
就学・就労	1. 就学前 2. 小中学校 ( 通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級 ) 3. 特別支援学校 ( 小中学部 ・ 専攻科を含む高等部 ) 4. 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 5. 大学 ( 短期大学を含む ) 6. 就労 ( 就学中の就労も含む ) 7. 未就学かつ未就労 8. その他 ( )				
現状評価	一つに○印 : 治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能 小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当: しない ・ する ・ 不明 人工呼吸器等装着者認定基準に該当: しない ・ する ・ 不明				
治療見込期間	入院	年 月 日 から	年 月 日 まで		
	通院	年 月 日 から	年 月 日 まで	( 月 回 )	

上記の通り診断します。					
平成 年 月 日			医療機関名 および 所在地		
			科		
			医師名		
			印		
小児慢性特定疾病指定医番号					

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入  
※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入



告示番号	33	内分泌疾患	平成( )年度	小児慢性特定疾病	医療意見書
受給者番号( )	新規登録 ・ 継続 ・ 転入 ( 転出地: )				
患者	ふりがな 氏名	男・女	生年月日	平成 年 月 日 ( 満 歳 )	
出生都道府県 <sup>※1</sup>		出生体重	g	出生週数	在胎 週
現在の身長 <sup>※2</sup>	cm	現在の体重 <sup>※2</sup>	kg	母の生年月日	昭和 平成 年 月 日
発病	年 月 頃	初診日	年 月 日		
大分類病名	6	高プロラクチン血症	細分類病名	9	高プロラクチン血症

該当するものに○をつけ、必要な場合( )に記載

1. 臨床所見					
現在の 症 状	身長・体重の測定日 ( 年 月 日 )				
	現在の身長 ( ) SD		現在の体重 ( ) SD		
	男子の場合 →	性欲低下 ( なし ・ あり )	インポテン ( なし ・ あり )	頭痛 ( なし ・ あり )	
		視野狭窄 ( なし ・ あり )	女性化乳房 ( なし ・ あり )		
	女子の場合 →	月経不順 ( なし ・ あり )	無月経 ( なし ・ あり )	不妊 ( なし ・ あり )	
	乳汁分泌 ( なし ・ あり )	頭痛 ( なし ・ あり )	視野狭窄 ( なし ・ あり )		
二次性徴	乳房 Tanner ( ) 度	陰毛 Tanner ( ) 度	精巣 ( ) mL		
その他の特記すべき症状 ( なし ・ あり → 所見: )					

2. 検査所見						
診 断 の 根 拠 と な っ た 主 な 検 査 等 の 結 果	継続申請の場合は現在の状況を記載					
	血液検査	プロラクチン基礎値 ( ) ng/mL		検査日 ( 年 月 日 )		
	(複数回の測定での最低値)					
	他の下垂体ホルモン分泌					
	LH・FSH系	( 正常 ・ 低下 ・ 亢進 )	TSH系	( 正常 ・ 低下 ・ 亢進 )		
	ACTH系	( 正常 ・ 低下 ・ 亢進 )	GH系	( 正常 ・ 低下 ・ 亢進 )		
パソプレリン系	( 正常 ・ 低下 ・ 亢進 )					
骨年齢	検査日 ( 年 月 日 )	( ) 歳	( ) か月			
薬剤歴	( )					
画像所見	検査日 ( 年 月 日 )					
MRI または CT で下垂体腺腫の所見	( なし ・ あり → 微小腺腫 (10mm以下) ・ マクロ腺腫 (10mmを超える) )					
MRI または CT で視床下部病変	( なし ・ あり → 所見: )					

3. その他の所見					
その他の現在の所見など	合併症 ( なし ・ あり → 詳細: )				

4. 経過					
現在までの主な治療など	薬物療法など ( なし ・ あり → 補充療法 ・ 機能抑制療法 ・ 他の薬物療法 ・ 運動制限 ・ 手術予定あり ・ 術後 )				

5. 今後の療の方針					
就学・就労	1. 就学前 2. 小中学校 ( 通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級 ) 3. 特別支援学校 ( 小中学部 ・ 専攻科を含む高等部 ) 4. 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 5. 大学 ( 短期大学を含む ) 6. 就労 ( 就学中の就労も含む ) 7. 未就学かつ未就労 8. その他 ( )				
現状評価	一つに○印 : 治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能 小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当: しない ・ する ・ 不明 人工呼吸器等装着者認定基準に該当: しない ・ する ・ 不明				
治療見込期間	入院	年 月 日 から	年 月 日 まで		
	通院	年 月 日 から	年 月 日 まで	( 月 回 )	

上記の通り診断します。

医療機関名  
および  
所在地

平成 年 月 日 医師名 科 印

小児慢性特定疾病指定医番号

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入  
※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入

告示番号	34	内分泌疾患	平成( )年度	小児慢性特定疾病	医療意見書
受給者番号( )	新規登録 ・ 継続 ・ 転入 ( 転出地: )				
患者	ふりがな 氏名	男・女	生年月日	平成 年 月 日 (満 歳)	
出生都道府県 <sup>※1</sup>		出生体重	g	出生週数	在胎 週
現在の身長 <sup>※2</sup>	cm	現在の体重 <sup>※2</sup>	kg	母の生年月日	昭和 平成 年 月 日
発病	年 月 頃	初診日	年 月 日		
大分類病名	7 抗利尿ホルモン (ADH) 不適合分泌症候群	細分類病名	10	抗利尿ホルモン (ADH) 不適合分泌症候群	

該当するものに○をつけ、必要な場合( )に記載

1.臨床所見						
現在の 症状	身長・体重の測定日 ( ) 年 月 日)					
	現在の身長 ( ) SD	現在の体重 ( ) SD				
	原疾患の有無 ( なし ・ あり )	嘔吐 ( なし ・ あり )	哺乳力低下 ( なし ・ あり )	脱水 ( なし ・ あり )		
	意識障害 ( なし ・ あり )	浮腫 ( なし ・ あり )				
	収縮期圧 ( ) mmHg	拡張期圧 ( ) mmHg				
その他の特記すべき症状 ( なし ・ あり → 所見: )						

2.検査所見					
診 断 の 根 拠 と な っ た 主 な 検 査 等 の 結 果	継続申請の場合は現在の状況を記載				
	血液検査				
	Na ( ) mEq/L	K ( ) mEq/L	Cl ( ) mEq/L		
	Ca ( ) mg/dL	BUN ( ) mg/dL	Cre ( ) mg/dL		
	UA ( ) mg/dL				
	コルチゾール ( ) μg/dL				
	血漿AVP ( ) pg/mL				
	血清浸透圧 ( ) mOsm/kg・H <sub>2</sub> O				
	尿検査				
	尿蛋白 ( - ・ ± ・ + ・ 2+ ・ 3+ )	尿潜血 ( - ・ ± ・ + ・ 2+ ・ 3+ )			
尿中Na ( ) mEq/L					
尿浸透圧 ( ) mOsm/kg・H <sub>2</sub> O					
画像所見 検査日 ( ) 年 月 日)					
MRI または CT で下垂体腺腫の所見 ( なし ・ あり )					

3.その他の所見					
その 他 の 現 在 の 所 見 な ど	合併症 ( なし ・ あり → 詳細: )				
	中枢神経疾患の合併 ( なし ・ あり → 疾患名: )				
	他の内分泌疾患の合併 ( なし ・ あり → 疾患名: )				
	肺疾患の合併 ( なし ・ あり → 疾患名: )				
	原因となった薬剤 ( なし ・ あり → 薬剤名: )				

4.経 過					
現在 まで の 主 な 治 療 な ど	薬物療法など ( なし ・ あり → 補充療法 ・ 機能抑制療法 ・ 他の薬物療法 ・ 運動制限 ・ 手術予定あり ・ 術後 )				

5.今後の療方針					
就学・就労	1. 就学前 2. 小中学校 ( 通常学級・通級・特別支援学級 ) 3. 特別支援学校 ( 小中学部・専攻科を含む高等部 )				
	4. 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 5. 大学 ( 短期大学を含む ) 6. 就労 ( 就学中の就労も含む )				
	7. 未就学かつ未就労 8. その他 ( )				
現状評価	一つに○印 : 治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能				
	小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当: しない・する・不明 人工呼吸器等装着者認定基準に該当: しない・する・不明				
治療見込期間	入院	年 月 日 から	年 月 日 まで		
	通院	年 月 日 から	年 月 日 まで	( 月 回 )	

上記の通り診断します。					
平成 年 月 日			医療機関名 および 所在地		
			科		
			医師名		
			印		
小児慢性特定疾病指定医番号					

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入  
※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入

告示番号	78	内分泌疾患	平成( )年度	小児慢性特定疾病	医療意見書
受給者番号( )	新規登録 ・ 継続 ・ 転入 ( 転出地: )				
患者	ふりがな 氏名	男・女	生年月日	平成 年 月 日 ( 満 歳 )	
出生都道府県 <sup>※1</sup>		出生体重	g	出生週数	在胎 週
現在の身長 <sup>※2</sup>	cm	現在の体重 <sup>※2</sup>	kg	母の生年月日	昭和 平成 年 月 日
発病	年 月 頃	初診日	年 月 日		
大分類病名	8 尿崩症	細分類病名	11	中枢性尿崩症	
原因	以下から1つを選択 <input type="checkbox"/> 特発性 <input type="checkbox"/> 家族性 <input type="checkbox"/> 続発性 → 原疾患名 ( )				

該当するものに○をつけ、必要な場合( )に記載

1. 臨床所見

現在の 症状	身長・体重の測定日 ( ) 年 月 日)	現在の身長 ( ) SD	現在の体重 ( ) SD
	原疾患の有無 ( なし ・ あり )	嘔吐 ( なし ・ あり )	哺乳力低下 ( なし ・ あり )
	意識障害 ( なし ・ あり )	多飲多尿 ( なし ・ あり )	脱水 ( なし ・ あり )
	ショック ( なし ・ あり )	体重増加不良 ( なし ・ あり )	
	収縮期圧 ( ) mmHg	拡張期圧 ( ) mmHg	
	その他の特記すべき症状 ( なし ・ あり → 所見: )		

2. 検査所見

診断の 根拠と なった 主な 検査等 の結果	継続申請の場合は現在の状況を記載			
	<b>血液検査</b>			
	Na ( ) mEq/L	K ( ) mEq/L	Cl ( ) mEq/L	
	Ca ( ) mg/dL	BUN ( ) mg/dL	Cre ( ) mg/dL	
	UA ( ) mg/dL			
	コルチゾール ( ) μg/dL			
	血漿AVP ( ) pg/mL			
	血清浸透圧 ( ) mOsm/kg・H <sub>2</sub> O			
	<b>尿検査</b>			
	尿浸透圧 ( ) mOsm/kg・H <sub>2</sub> O	尿中Na ( ) mEq/L		
AVPまたはDDAVP投与後の尿浸透圧 ( ) mOsm/kg・H <sub>2</sub> O				
<b>水制限試験</b>				
最終血清浸透圧 ( ) mOsm/kg・H <sub>2</sub> O	最終尿浸透圧 ( ) mOsm/kg・H <sub>2</sub> O			
血漿AVP ( ) pg/mL				
<b>高張食塩水負荷試験</b>				
最終血清浸透圧 ( ) mOsm/kg・H <sub>2</sub> O	最終尿浸透圧 ( ) mOsm/kg・H <sub>2</sub> O			
血漿AVP ( ) pg/mL				
<b>画像所見</b> 検査日 ( ) 年 月 日) 検査名 ( )				
所見 ( なし ・ あり → 詳細: )				

3. その他の所見

その他の 現在の 所見など	合併症 ( なし ・ あり → 詳細: )
---------------------	-----------------------

4. 経過

現在までの 主な治療 など	薬物療法など ( なし ・ あり → 補充療法 ・ 機能抑制療法 ・ 他の薬物療法 ・ 運動制限 ・ 手術予定あり ・ 術後 )
---------------------	--

5. 今後の療の方針

就学・就労	1. 就学前 2. 小中学校 ( 通常学級・通級・特別支援学級 ) 3. 特別支援学校 ( 小中学部・専攻科を含む高等部 ) 4. 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 5. 大学 ( 短期大学を含む ) 6. 就労 ( 就学中の就労も含む ) 7. 未就学かつ未就労 8. その他 ( )
現状評価	一つに○印 : 治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能 小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当: しない・する・不明 人工呼吸器等装着者認定基準に該当: しない・する・不明
治療見込期間	入院 年 月 日から 年 月 日まで 通院 年 月 日から 年 月 日まで ( 月 回 )

上記の通り診断します。

医療機関名  
および  
所在地

平成 年 月 日 医師名 科 印

小児慢性特定疾病指定医番号

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入  
 ※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入

告示番号	76	内分泌疾患	平成( )年度	小児慢性特定疾病	医療意見書
受給者番号( )	新規登録 ・ 継続 ・ 転入 ( 転出地: )				
患者	ふりがな 氏名	男・女	生年月日	平成 年 月 日 (満 歳)	
出生都道府県 <sup>※1</sup>		出生体重	g	出生週数	在胎 週
現在の身長 <sup>※2</sup>	cm	現在の体重 <sup>※2</sup>	kg	母の生年月日	昭和 平成 年 月 日
発病	年 月 頃	初診日	年 月 日		
大分類病名	8 尿崩症	細分類病名	12	□ 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)	

該当するものに○をつけ、必要な場合( )に記載

1. 臨床所見					
現在の 症 状	身長・体重の測定日 ( 年 月 日 )				
	現在の身長 ( ) SD 現在の体重 ( ) SD				
	脱水 ( なし ・ あり ) 皮膚ツルゴール低下 ( なし ・ あり ) 体重減少 ( なし ・ あり )				
	低血圧 ( なし ・ あり )				
その他の特記すべき症状 ( なし ・ あり → 所見: )					

2. 検査所見						
診 断 の 根 拠 と な っ た 主 な 検 査 等 の 結 果	継続申請の場合は現在の状況を記載					
	血液検査					
	Na ( ) mEq/L		K ( ) mEq/L		Cl ( ) mEq/L	
	BUN ( ) mg/dL		Cre ( ) mg/dL		UA ( ) mg/dL	
	ヘマトクリット ( ) %					
	血清浸透圧 ( ) mOsm/kg・H <sub>2</sub> O					
	血漿ADH ( ) pg/mL		BNP ( ) pg/mL			
	尿検査					
	尿浸透圧 ( ) mOsm/kg・H <sub>2</sub> O		AVPまたはDDAVP投与後の尿浸透圧 ( ) mOsm/kg・H <sub>2</sub> O			
	尿中Na ( ) mEq/L		尿中Cre ( ) mg/dL			
画像所見 検査日 ( 年 月 日 )						
MRI または CT で下垂体腺腫の所見 ( なし ・ あり )						

3. その他の所見					
その他の 現在の 所見など	合併症 ( なし ・ あり → 詳細: )				

4. 経過					
現在までの 主な治療 など	薬物療法など ( なし ・ あり → 補充療法 ・ 機能抑制療法 ・ 他の薬物療法 ・ 運動制限 ・ 手術予定あり ・ 術後 )				

5. 今後の療方針					
就学・就労	1. 就学前 2. 小中学校 ( 通常学級・通級・特別支援学級 ) 3. 特別支援学校 ( 小中学部・専攻科を含む高等部 ) 4. 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 5. 大学 ( 短期大学を含む ) 6. 就労 ( 就学中の就労も含む ) 7. 未就学かつ未就労 8. その他 ( )				
現状評価	一つに○印 : 治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能 小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当: しない ・ する ・ 不明 人工呼吸器等装着者認定基準に該当: しない ・ する ・ 不明				
治療見込期間	入院	年 月 日 から 年 月 日 まで			
	通院	年 月 日 から 年 月 日 まで ( 月 回 )			

上記の通り診断します。					
平成 年 月 日			医療機関名 および 所在地		
医師名			科		
小児慢性特定疾病指定医番号					

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入  
※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入

告示番号	77	内分泌疾患	平成( )年度	小児慢性特定疾病	医療意見書
受給者番号( )	新規登録 ・ 継続 ・ 転入 ( 転出地: )				
患者	ふりがな 氏名	男・女	生年月日	平成 年 月 日 ( 満 歳 )	
出生都道府県 <sup>※1</sup>		出生体重	g	出生週数	在胎 週
現在の身長 <sup>※2</sup>	cm	現在の体重 <sup>※2</sup>	kg	母の生年月日	昭和 平成 年 月 日
発病	年 月 頃	初診日	年 月 日		
大分類病名	8 尿崩症	細分類病名	13	腎性尿崩症	

該当するものに○をつけ、必要な場合( )に記載

1. 臨床所見					
現在の 症状	身長・体重の測定日 ( ) 年 月 日)	現在の身長 ( ) SD	現在の体重 ( ) SD		
	口渇および多飲 ( なし ・ あり )	一日尿量 ( ) mL/m <sup>2</sup>	体表面積 ( ) m <sup>2</sup>		
	多尿 ( なし ・ あり )				
	原因不明の発熱 ( なし ・ あり )				
	高張性脱水 ( なし ・ あり )				
	同疾患の家族歴 ( なし ・ あり )				
その他の特記すべき症状 ( なし ・ あり → 所見: )					

2. 検査所見						
診断の 根拠と なった 主な 検査等 の結果	継続申請の場合は現在の状況を記載					
	<b>血液検査</b>					
	Na ( ) mEq/L	K ( ) mEq/L	Cl ( ) mEq/L			
	BUN ( ) mg/dL	Cre ( ) mg/dL	Ca ( ) mg/dL			
	ヘマトクリット ( ) %					
	血清浸透圧 ( ) mOsm/kg・H <sub>2</sub> O					
	血漿ADH ( ) pg/mL					
	<b>尿検査</b>					
	尿浸透圧 ( ) mOsm/kg・H <sub>2</sub> O					
	AVPまたはDDAVP投与後の尿浸透圧 ( ) mOsm/kg・H <sub>2</sub> O					
尿蛋白 ( - ・ ± ・ + ・ 2+ ・ 3+ )						
尿潜血 ( - ・ ± ・ + ・ 2+ ・ 3+ )						
尿沈渣異常 ( なし ・ あり → 所見: )						
<b>画像所見</b> 検査日 ( ) 年 月 日)						
MRI または CT で下垂体腺腫の所見 ( なし ・ あり )						

3. その他の所見					
その他の現在の所見など	合併症 ( なし ・ あり → 詳細: )				

4. 経過					
現在までの主な治療など	薬物療法など ( なし ・ あり → 補充療法 ・ 機能抑制療法 ・ 他の薬物療法 ・ 運動制限 ・ 手術予定あり ・ 術後 )				

5. 今後の療方針					
就学・就労	1. 就学前 2. 小中学校 ( 通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級 ) 3. 特別支援学校 ( 小中学部 ・ 専攻科を含む高等部 ) 4. 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 5. 大学 ( 短期大学を含む ) 6. 就労 ( 就学中の就労も含む ) 7. 未就学かつ未就労 8. その他 ( )				
現状評価	一つに○印 : 治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能 小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当: しない ・ する ・ 不明 人工呼吸器等装着者認定基準に該当: しない ・ する ・ 不明				
治療見込期間	入院	年 月 日 から	年 月 日 まで		
	通院	年 月 日 から	年 月 日 まで	( 月 回 )	

上記の通り診断します。					
平成 年 月 日			医療機関名 および 所在地		
			科		
			医師名		
			印		
小児慢性特定疾病指定医番号					

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入  
※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入

告示番号	68	内分泌疾患	平成( )年度	小児慢性特定疾病	医療意見書
受給者番号( )	新規登録 ・ 継続 ・ 転入 ( 転出地: )				
患者	ふりがな 氏名	男・女	生年月日	平成 年 月 日 (満 歳)	
出生都道府県 <sup>※1</sup>		出生体重	g	出生週数	在胎 週
現在の身長 <sup>※2</sup>	cm	現在の体重 <sup>※2</sup>	kg	母の生年月日	昭和 平成 年 月 日
発病	年 月 頃	初診日	年 月 日		
大分類病名	9	中枢性塩喪失症候群	細分類病名	14	中枢性塩喪失症候群

該当するものに○をつけ、必要な場合( )に記載

1.臨床所見					
現在の 症 状	身長・体重の測定日 ( 年 月 日 )				
	現在の身長 ( ) SD 現在の体重 ( ) SD				
	脱水 ( なし ・ あり ) 皮膚ツルゴール低下 ( なし ・ あり ) 体重減少 ( なし ・ あり )				
	低血圧 ( なし ・ あり )				
その他の特記すべき症状 ( なし ・ あり → 所見: )					

2.検査所見						
診 断 の 根 拠 と な っ た 主 な 検 査 等 の 結 果	継続申請の場合は現在の状況を記載					
	血液検査					
	Na	( )	mEq/L	K	( )	mEq/L
	BUN	( )	mg/dL	Cre	( )	mg/dL
	Cl	( )	mEq/L	UA	( )	mg/dL
	ヘマトクリット	( )	%			
	血清浸透圧	( )	mOsm/kg・H <sub>2</sub> O			
	血漿ADH	( )	pg/mL	BNP	( )	pg/mL
	尿検査					
	尿浸透圧	( )	mOsm/kg・H <sub>2</sub> O			
尿中Na	( )	mEq/L				
尿中Cre	( )	mg/dL				
Na摂取と排泄のバランス ( 不明 ・ マイナス ・ プラス )						
頭部CT・MRI 検査日 ( 年 月 日 )						
( 未実施 ・ 実施 → 所見: )						

3.その他の所見					
その他の現在の所見など	合併症 ( なし ・ あり → 詳細: )				

4.経 過					
現在までの主な治療など	薬物療法など ( なし ・ あり → 補充療法 ・ 機能抑制療法 ・ 他の薬物療法 ・ 運動制限 ・ 手術予定あり ・ 術後 )				

5.今後の療の方針					
就学・就労	1. 就学前 2. 小中学校 ( 通常学級・通級・特別支援学級 ) 3. 特別支援学校 ( 小中学部・専攻科を含む高等部 ) 4. 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 5. 大学 ( 短期大学を含む ) 6. 就労 ( 就学中の就労も含む ) 7. 未就学かつ未就労 8. その他 ( )				
現状評価	一つに○印 : 治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能 小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当: しない・する・不明 人工呼吸器等装着者認定基準に該当: しない・する・不明				
治療見込期間	入院	年 月 日 から 年 月 日 まで			
	通院	年 月 日 から 年 月 日 まで ( 月 回 )			

上記の通り診断します。					
平成 年 月 日			医療機関名 および 所在地		
			科		
			医師名		
			印		
小児慢性特定疾病指定医番号					

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入  
※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入

告示番号	24	内分泌疾患	平成( )年度	小児慢性特定疾病	医療意見書
受給者番号( )	新規登録 ・ 継続 ・ 転入 ( 転出地: )				
患者	ふりがな 氏名	男・女	生年月日	平成 年 月 日 ( 満 歳 )	
出生都道府県 <sup>※1</sup>		出生体重	g	出生週数	在胎 週
現在の身長 <sup>※2</sup>	cm	現在の体重 <sup>※2</sup>	kg	母の生年月日	昭和 平成 年 月 日
発病	年 月 頃	初診日	年 月 日		
大分類病名	10	甲状腺機能亢進症	細分類病名	15	バセドウ (Basedow) 病

該当するものに○をつけ、必要な場合( )に記載

1. 臨床所見					
現在の 症 状	身長・体重の測定日 ( 年 月 日 )				
	現在の身長 ( ) SD 現在の体重 ( ) SD				
	頻脈 ( なし ・ あり )      体重減少 ( なし ・ あり )      手指振戦 ( なし ・ あり ) 発汗増加 ( なし ・ あり )      びまん性甲状腺腫大 ( なし ・ あり ) 眼球突出や特有の眼症状 ( なし ・ あり )				
	その他の特記すべき症状 ( なし ・ あり → 所見: )				

2. 検査所見					
診 断 の 根 拠 と な っ た 主 な 検 査 等 の 結 果	継続申請の場合は現在の状況を記載				
	<b>血液検査</b>				
	free T <sub>3</sub> ( ) pg/mL				
	free T <sub>4</sub> ( ) ng/dL				
	TSH ( ) μIU/mL				
	サイログロブリン ( ) ng/mL				
	抗甲状腺ペルオキシダーゼ抗体 (TPOAb) ( ) IU/mL				
	抗サイログロブリン抗体 (TgAb) ( ) IU/mL				
	抗TSH受容体抗体 (TRAb) ( ) IU/L				
	抗TSH受容体刺激性抗体 (TSAb) ( ) %				
<b>TRH負荷試験</b> 検査日 ( 年 月 日 )					
TSH基礎値 ( ) μIU/mL      TSH頂値 ( ) μIU/mL					
<b>画像検査</b>					
甲状腺エコー検査 ( 未実施 ・ 実施 → 所見: )					
甲状腺シンチグラフィ ( 未実施 ・ 実施 → 所見: )					

3. その他の所見					
その他の現在の所見など	合併症 ( なし ・ あり → 詳細: )				

4. 経過					
現在までの主な治療など	薬物療法など ( なし ・ あり → 補充療法 ・ 機能抑制療法 ・ 他の薬物療法 ・ 運動制限 ・ 手術予定あり ・ 術後 )				

5. 今後の療法方針					
就学・就労	1. 就学前 2. 小中学校 ( 通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級 ) 3. 特別支援学校 ( 小中学部 ・ 専攻科を含む高等部 ) 4. 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 5. 大学 ( 短期大学を含む ) 6. 就労 ( 就学中の就労も含む ) 7. 未就学かつ未就労 8. その他 ( )				
現状評価	一つに○印: 治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能 小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当: しない ・ する ・ 不明      人工呼吸器等装着者認定基準に該当: しない ・ する ・ 不明				
治療見込期間	入院	年 月 日から 年 月 日まで			
	通院	年 月 日から 年 月 日まで ( 月 回 )			

上記の通り診断します。					
平成 年 月 日			医療機関名 および 所在地		
医師名			科		
小児慢性特定疾病指定医番号					

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入  
※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入

告示番号	23	内分泌疾患	平成( )年度	小児慢性特定疾病	医療意見書
受給者番号( )	新規登録 ・ 継続 ・ 転入 ( 転出地: )				
患者	ふりがな 氏名	男・女	生年月日	平成 年 月 日 (満 歳)	
出生都道府県 <sup>※1</sup>		出生体重	g	出生週数	在胎 週
現在の身長 <sup>※2</sup>	cm	現在の体重 <sup>※2</sup>	kg	母の生年月日	昭和 平成 年 月 日
発病	年 月 頃	初診日	年 月 日		
大分類病名	10 甲状腺機能亢進症	細分類病名	16	甲状腺機能亢進症 (バセドウ (Basedow) 病を除く。)	

該当するものに○をつけ、必要な場合( )に記載

1. 臨床所見					
現在の 症 状	身長・体重の測定日 ( 年 月 日)				
	現在の身長 ( ) SD		現在の体重 ( ) SD		
	頻脈 ( なし ・ あり )	体重減少 ( なし ・ あり )	手指振戦 ( なし ・ あり )		
	発汗増加 ( なし ・ あり )	びまん性甲状腺腫大 ( なし ・ あり )			
	眼球突出や特有の眼症状 ( なし ・ あり )				
	その他の特記すべき症状 ( なし ・ あり → 所見: )				

2. 検査所見					
診 断 の 根 拠 と な っ た 主 な 検 査 等 の 結 果	継続申請の場合は現在の状況を記載				
	<b>血液検査</b>				
	free T <sub>3</sub>	( )	pg/mL		
	free T <sub>4</sub>	( )	ng/dL		
	TSH	( )	μIU/mL		
	サイログロブリン	( )	ng/mL		
	抗甲状腺ペルオキシダーゼ抗体 (TPOAb)	( )	IU/mL		
	抗サイログロブリン抗体 (TgAb)	( )	IU/mL		
	抗TSH受容体抗体 (TRAb)	( )	IU/L		
	抗TSH受容体刺激性抗体 (TSAb)	( )	%		
<b>TRH負荷試験</b>	検査日 ( 年 月 日)				
TSH基礎値	( )	μIU/mL	TSH頂値	( )	μIU/mL
<b>画像検査</b>					
甲状腺エコー検査	( 未実施 ・ 実施 → 所見: )				
甲状腺シンチグラフィ	( 未実施 ・ 実施 → 所見: )				

3. その他の所見					
その他の現在の所見など	合併症 ( なし ・ あり → 詳細: )				

4. 経過					
現在までの主な治療など	薬物療法など ( なし ・ あり → 補充療法 ・ 機能抑制療法 ・ 他の薬物療法 ・ 運動制限 ・ 手術予定あり ・ 術後 )				

5. 今後の療の方針					
就学・就労	1. 就学前 2. 小中学校 ( 通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級 ) 3. 特別支援学校 ( 小中学部 ・ 専攻科を含む高等部 ) 4. 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 5. 大学 ( 短期大学を含む ) 6. 就労 ( 就学中の就労も含む ) 7. 未就学かつ未就労 8. その他 ( )				
現状評価	一つに○印: 治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能 小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当: しない ・ する ・ 不明 人工呼吸器等装着者認定基準に該当: しない ・ する ・ 不明				
治療見込期間	入院	年 月 日から 年 月 日まで			
	通院	年 月 日から 年 月 日まで ( 月 回 )			

上記の通り診断します。					
平成 年 月 日			医療機関名 および 所在地		
医師名			科		
小児慢性特定疾病指定医番号					

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入  
※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入



告示番号	28	内分泌疾患	平成( )年度	小児慢性特定疾病	医療意見書
受給者番号( )	新規登録 ・ 継続 ・ 転入 ( 転出地: )				
患者	ふりがな 氏名	男・女	生年月日	平成	年 月 日 ( 満 歳 )
出生都道府県 <sup>※1</sup>	出生体重	g	出生週数	在胎 週	
現在の身長 <sup>※2</sup>	cm	現在の体重 <sup>※2</sup>	kg	母の生年月日	昭和 平成 年 月 日
発病	年 月 頃	初診日	年 月 日		
大分類病名	11 甲状腺機能低下症	細分類病名	17	異所性甲状腺	

該当するものに○をつけ、必要な場合( )に記載

1. 臨床所見					
現在の 症状	身長・体重の測定日 ( 年 月 日 )	現在の身長 ( ) SD	現在の体重 ( ) SD		
	びまん性甲状腺腫大 ( なし ・ あり )	甲状腺萎縮 ( なし ・ あり )	易疲労感 ( なし ・ あり )		
	無気力 ( なし ・ あり )	末梢冷感 ( なし ・ あり )	徐脈 ( なし ・ あり )		
	巨舌 ( なし ・ あり )	哺乳不良 ( なし ・ あり )	体重増加不良 ( なし ・ あり )		
	便秘 ( なし ・ あり )	臍ヘルニア ( なし ・ あり )	黄疸 ( なし ・ あり )		
	小泉門開大 ( なし ・ あり )	嚔声 ( なし ・ あり )	筋仮性肥大 ( なし ・ あり )		
	粘膜水腫 ( なし ・ あり )	脱毛 ( なし ・ あり )	成長の停止 ( なし ・ あり )		
	症候性肥満 ( なし ・ あり )				
	新生児マス・スクリーニングで発見 ( なし ・ あり )				

2. 検査所見					
診断の 根拠とな った主な 検査等 の結果	継続申請の場合は現在の状況を記載				
	血液検査				
	free T <sub>3</sub> ( ) pg/mL	free T <sub>4</sub> ( ) ng/dL	TSH ( ) μIU/mL	サイログロブリン ( ) ng/mL	抗甲状腺ペルオキシダーゼ抗体 (TPOAb) ( ) IU/mL
	抗サイログロブリン抗体 (TgAb) ( ) IU/mL				
	TRH負荷試験 検査日 ( 年 月 日 )				
	TSH基礎値 ( ) μIU/mL		TSH頂値 ( ) μIU/mL		
	画像検査				
	甲状腺エコー検査 ( 未実施 ・ 実施 → 所見: )				
	甲状腺シンチグラフィ ( 未実施 ・ 実施 → 所見: )				

3. その他の所見					
その他の 現在の 所見など	合併症 ( なし ・ あり → 詳細: )				

4. 経過					
現在までの 主な治療 など	薬物療法など ( なし ・ あり → 補充療法 ・ 機能抑制療法 ・ 他の薬物療法 ・ 運動制限 ・ 手術予定あり ・ 術後 )				

5. 今後の療法方針					
就学・就労	1. 就学前 2. 小中学校 ( 通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級 ) 3. 特別支援学校 ( 小中学部 ・ 専攻科を含む高等部 ) 4. 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 5. 大学 ( 短期大学を含む ) 6. 就労 ( 就学中の就労も含む ) 7. 未就学かつ未就労 8. その他 ( )				
現状評価	一つに○印 : 治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能 小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当: しない ・ する ・ 不明 人工呼吸器等装着者認定基準に該当: しない ・ する ・ 不明				
治療見込期間	入院	年 月 日 から	年 月 日 まで	通院	年 月 日 から 年 月 日 まで ( 月 回 )

上記の通り診断します。

医療機関名  
および  
所在地

平成 年 月 日 医師名 科 印

小児慢性特定疾病指定医番号

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入  
※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入

告示番号	30	内分泌疾患	平成( )年度	小児慢性特定疾病	医療意見書
受給者番号( )	新規登録 ・ 継続 ・ 転入 ( 転出地: )				
患者	ふりがな 氏名	男・女	生年月日	平成 年 月 日 ( 満 歳 )	
出生都道府県 <sup>※1</sup>	出生体重	g	出生週数	在胎 週	
現在の身長 <sup>※2</sup>	cm	現在の体重 <sup>※2</sup>	kg	母の生年月日	昭和 平成 年 月 日
発病	年 月 頃	初診日	年 月 日		
大分類病名	11 甲状腺機能低下症	細分類病名	18	無甲状腺症	

該当するものに○をつけ、必要な場合( )に記載

1. 臨床所見					
現在の 症状	身長・体重の測定日 ( 年 月 日 )	現在の身長 ( ) SD	現在の体重 ( ) SD		
	びまん性甲状腺腫大 ( なし ・ あり )	甲状腺萎縮 ( なし ・ あり )	易疲労感 ( なし ・ あり )		
	無気力 ( なし ・ あり )	末梢冷感 ( なし ・ あり )	徐脈 ( なし ・ あり )		
	巨舌 ( なし ・ あり )	哺乳不良 ( なし ・ あり )	体重増加不良 ( なし ・ あり )		
	便秘 ( なし ・ あり )	臍ヘルニア ( なし ・ あり )	黄疸 ( なし ・ あり )		
	小泉門開大 ( なし ・ あり )	嚔声 ( なし ・ あり )	筋仮性肥大 ( なし ・ あり )		
	粘膜水腫 ( なし ・ あり )	脱毛 ( なし ・ あり )	成長の停止 ( なし ・ あり )		
	症候性肥満 ( なし ・ あり )				
	新生児マス・スクリーニングで発見 ( なし ・ あり )				

2. 検査所見					
診断の 根拠とな った主な 検査等 の結果	継続申請の場合は現在の状況を記載				
	<b>血液検査</b>				
	free T <sub>3</sub> ( ) pg/mL				
	free T <sub>4</sub> ( ) ng/dL				
	TSH ( ) μIU/mL				
	サイログロブリン ( ) ng/mL				
	<b>TRH負荷試験</b> 検査日 ( 年 月 日 )				
	TSH基礎値 ( ) μIU/mL	TSH頂値 ( ) μIU/mL			
	<b>画像検査</b>				
	甲状腺エコー検査 ( 未実施 ・ 実施 → 所見: )				
甲状腺シンチグラフィ ( 未実施 ・ 実施 → 所見: )					

3. その他の所見					
その他の 現在の 所見など	合併症 ( なし ・ あり → 詳細: )				

4. 経過					
現在までの 主な治療 など	薬物療法など ( なし ・ あり → 補充療法 ・ 機能抑制療法 ・ 他の薬物療法 ・ 運動制限 ・ 手術予定あり ・ 術後 )				

5. 今後の療法方針					
就学・就労	1. 就学前 2. 小中学校 ( 通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級 ) 3. 特別支援学校 ( 小中学部 ・ 専攻科を含む高等部 ) 4. 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 5. 大学 ( 短期大学を含む ) 6. 就労 ( 就学中の就労も含む ) 7. 未就学かつ未就労 8. その他 ( )				
現状評価	一つに○印 : 治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能 小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当: しない ・ する ・ 不明 人工呼吸器等装着者認定基準に該当: しない ・ する ・ 不明				
治療見込期間	入院	年 月 日 から	年 月 日 まで		
	通院	年 月 日 から	年 月 日 まで	( 月 回 )	

上記の通り診断します。					
平成 年 月 日			医療機関名 および 所在地		
			科		
			医師名		
			印		
小児慢性特定疾病指定医番号					

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入  
※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入

告示番号 29 内分泌疾患 平成( )年度 小児慢性特定疾病 医療意見書

受給者番号 ( )		新規登録 ・ 継続 ・ 転入 ( 転出地 : )	
患者	ふりがな 氏名	男 ・ 女	生年月日 平成 年 月 日 ( 満 歳 )
出生都道府県 <sup>※1</sup>	出生体重	g	出生週数 在胎 週
現在の身長 <sup>※2</sup>	cm	現在の体重 <sup>※2</sup>	kg 母の生年月日 昭和 平成 年 月 日
発病	年 月 頃	初診日	年 月 日
大分類病名	11 甲状腺機能低下症	細分類病名	19 甲状腺刺激ホルモン (TSH) 分泌低下症 (先天性に限る。)

該当するものに○をつけ、必要な場合 ( ) に記載

**1. 臨床所見**

現在の 症 状	身長・体重の測定日 ( 年 月 日 )	現在の身長 ( ) SD	現在の体重 ( ) SD	
	びまん性甲状腺腫大 ( なし ・ あり )	甲状腺萎縮 ( なし ・ あり )	易疲労感 ( なし ・ あり )	
	無気力 ( なし ・ あり )	末梢冷感 ( なし ・ あり )	徐脈 ( なし ・ あり )	
	巨舌 ( なし ・ あり )	哺乳不良 ( なし ・ あり )	体重増加不良 ( なし ・ あり )	
	便秘 ( なし ・ あり )	臍ヘルニア ( なし ・ あり )	黄疸 ( なし ・ あり )	
	小泉門開大 ( なし ・ あり )	嚔声 ( なし ・ あり )	筋仮性肥大 ( なし ・ あり )	
	粘膜水腫 ( なし ・ あり )	脱毛 ( なし ・ あり )	成長の停止 ( なし ・ あり )	
	症候性肥満 ( なし ・ あり )			
	新生児マス・スクリーニングで発見 ( なし ・ あり )			

**2. 検査所見**

継続申請の場合は現在の状況を記載

**血液検査**

free T<sub>3</sub> ( ) pg/mL  
 free T<sub>4</sub> ( ) ng/dL  
 TSH ( ) μIU/mL  
 サイログロブリン ( ) ng/mL

**TRH負荷試験** 検査日 ( 年 月 日 )  
 TSH基礎値 ( ) μIU/mL TSH頂値 ( ) μIU/mL

**画像検査**

甲状腺エコー検査 ( 未実施 ・ 実施 → 所見 : )  
 甲状腺シンチグラフィ ( 未実施 ・ 実施 → 所見 : )

**3. その他の所見**

その他の現在の所見など 合併症 ( なし ・ あり → 詳細 : )

**4. 経過**

現在までの主な治療など 薬物療法など ( なし ・ あり → 補充療法 ・ 機能抑制療法 ・ 他の薬物療法 ・ 運動制限 ・ 手術予定あり ・ 術後 )

**5. 今後の療法方針**

就学・就労 1. 就学前 2. 小中学校 ( 通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級 ) 3. 特別支援学校 ( 小中学部 ・ 専攻科を含む高等部 )  
 4. 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 5. 大学 ( 短期大学を含む ) 6. 就労 ( 就学中の就労も含む )  
 7. 未就学かつ未就労 8. その他 ( )

現状評価 一つに○印 : 治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能  
 小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当 : しない ・ する ・ 不明 人工呼吸器等装着者認定基準に該当 : しない ・ する ・ 不明

治療見込期間 入院 年 月 日から 年 月 日まで  
 通院 年 月 日から 年 月 日まで ( 月 回 )

上記の通り診断します。

医療機関名  
 および  
 所在地

平成 年 月 日 医師名 科 印

小児慢性特定疾病指定医番号

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入  
 ※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入

告示番号 31 内分泌疾患 平成 ( ) 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書

受給者番号 ( )		新規登録 ・ 継続 ・ 転入 ( 転出地 : )			
患者	ふりがな 氏名	男 ・ 女	生年月日	平成 年 月 日 ( 満 歳 )	
出生都道府県 <sup>※1</sup>		出生体重	g	出生週数	在胎 週
現在の身長 <sup>※2</sup>	cm	現在の体重 <sup>※2</sup>	kg	母の生年月日	昭和 平成 年 月 日
発病	年 月 頃	初診日	年 月 日		
大分類病名	11 甲状腺機能低下症	細分類病名	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	
該当するものに○をつけ、必要な場合 ( ) に記載			具体的な疾患名		

1. 臨床所見

現在の症状	身長・体重の測定日 ( 年 月 日 )	現在の身長 ( ) SD	現在の体重 ( ) SD		
	びまん性甲状腺腫大 ( なし ・ あり )	甲状腺萎縮 ( なし ・ あり )	易疲労感 ( なし ・ あり )		
	無気力 ( なし ・ あり )	末梢冷感 ( なし ・ あり )	徐脈 ( なし ・ あり )		
	巨舌 ( なし ・ あり )	哺乳不良 ( なし ・ あり )	体重増加不良 ( なし ・ あり )		
	便秘 ( なし ・ あり )	臍ヘルニア ( なし ・ あり )	黄疸 ( なし ・ あり )		
	小泉門開大 ( なし ・ あり )	嚔声 ( なし ・ あり )	筋仮性肥大 ( なし ・ あり )		
	粘膜炎腫 ( なし ・ あり )	脱毛 ( なし ・ あり )	成長の停止 ( なし ・ あり )		
	症候性肥満 ( なし ・ あり )				
	新生児マス・スクリーニングで発見 ( なし ・ あり )				

2. 検査所見

診断の根拠となった主な検査等の結果	継続申請の場合は現在の状況を記載				
	<b>血液検査</b>				
	free T <sub>3</sub>	( ) pg/mL			
	free T <sub>4</sub>	( ) ng/dL			
	TSH	( ) μIU/mL			
	サイログロブリン	( ) ng/mL			
	抗甲状腺ペルオキシダーゼ抗体 (TPOAb)	( ) IU/mL			
	抗サイログロブリン抗体 (TgAb)	( ) IU/mL			
	<b>TRH負荷試験</b>	検査日 ( 年 月 日 )			
	TSH基礎値	( ) μIU/mL	TSH頂値	( ) μIU/mL	
<b>画像検査</b>					
甲状腺エコー検査	( 未実施 ・ 実施 → 所見 : )				
甲状腺シンチグラフィ	( 未実施 ・ 実施 → 所見 : )				

3. その他の所見

その他の現在の所見など	合併症 ( なし ・ あり → 詳細 : )
-------------	------------------------

4. 経過

現在までの主な治療など	薬物療法など ( なし ・ あり → 補充療法 ・ 機能抑制療法 ・ 他の薬物療法 ・ 運動制限 ・ 手術予定あり ・ 術後 )
-------------	--

5. 今後の療法方針

就学・就労	1. 就学前 2. 小中学校 ( 通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級 ) 3. 特別支援学校 ( 小中学部 ・ 専攻科を含む高等部 ) 4. 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 5. 大学 ( 短期大学を含む ) 6. 就労 ( 就学中の就労も含む ) 7. 未就学かつ未就労 8. その他 ( )
現状評価	一つに○印 : 治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能 小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当 : しない ・ する ・ 不明 人工呼吸器等装着者認定基準に該当 : しない ・ する ・ 不明
治療見込期間	入院 年 月 日から 年 月 日まで 通院 年 月 日から 年 月 日まで ( 月 回 )

上記の通り診断します。

医療機関名  
および  
所在地

平成 年 月 日 医師名 科 印

小児慢性特定疾病指定医番号

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入  
※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入

告示番号	26	内分泌疾患	平成( )年度	小児慢性特定疾病	医療意見書
受給者番号( )	新規登録 ・ 継続 ・ 転入 ( 転出地: )				
患者	ふりがな 氏名	男・女	生年月日	平成 年 月 日 ( 満 歳 )	
出生都道府県 <sup>※1</sup>	出生体重	g		出生週数	在胎 週
現在の身長 <sup>※2</sup>	cm	現在の体重 <sup>※2</sup>	kg	母の生年月日	昭和 平成 年 月 日
発病	年 月 頃	初診日	年 月 日		
大分類病名	11 甲状腺機能低下症	細分類病名	21	橋本病	

該当するものに○をつけ、必要な場合( )に記載

1. 臨床所見					
現在の 症状	身長・体重の測定日 ( ) 年 月 ( 日 )	現在の身長 ( ) SD	現在の体重 ( ) SD		
	びまん性甲状腺腫大 ( なし ・ あり )	甲状腺萎縮 ( なし ・ あり )	易疲労感 ( なし ・ あり )		
	無気力 ( なし ・ あり )	末梢冷感 ( なし ・ あり )	徐脈 ( なし ・ あり )		
	便秘 ( なし ・ あり )	筋仮性肥大 ( なし ・ あり )	粘膜水腫 ( なし ・ あり )		
	脱毛 ( なし ・ あり )	成長の停止 ( なし ・ あり )	症候性肥満 ( なし ・ あり )		
	二次性徴の遅れ ( なし ・ あり )	月経不順 ( なし ・ あり )			

2. 検査所見					
診断の 根拠とな った主な 検査等 の結果	継続申請の場合は現在の状況を記載				
	<b>血液検査</b>				
	free T <sub>3</sub> ( ) pg/mL	free T <sub>4</sub> ( ) ng/dL	TSH ( ) μIU/mL	サイログロブリン ( ) ng/mL	
	抗甲状腺ペルオキシダーゼ抗体 (TPOAb) ( ) IU/mL	抗サイログロブリン抗体 (TgAb) ( ) IU/mL	抗TSH受容体抗体 (TRAb) ( ) IU/L		
	<b>TRH負荷試験</b> 検査日 ( ) 年 月 ( 日 )				
	TSH基礎値 ( ) μIU/mL	TSH頂値 ( ) μIU/mL			
	<b>画像検査</b>				
	甲状腺エコー検査 ( 未実施 ・ 実施 → 所見: )				
	甲状腺シンチグラフィ ( 未実施 ・ 実施 → 所見: )				
	穿刺吸引細胞診 ( 未実施 ・ 実施 → 所見: )				

3. その他の所見					
その他の現在の所見など	合併症 ( なし ・ あり → 詳細: )				

4. 経過					
現在までの主な治療など	薬物療法など ( なし ・ あり → 補充療法 ・ 機能抑制療法 ・ 他の薬物療法 ・ 運動制限 ・ 手術予定あり ・ 術後 )				

5. 今後の療法方針					
就学・就労	1. 就学前 2. 小中学校 ( 通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級 ) 3. 特別支援学校 ( 小中学部 ・ 専攻科を含む高等部 ) 4. 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 5. 大学 ( 短期大学を含む ) 6. 就労 ( 就学中の就労も含む ) 7. 未就学かつ未就労 8. その他 ( )				
現状評価	一つに○印 : 治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能 小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当: しない ・ する ・ 不明 人工呼吸器等装着者認定基準に該当: しない ・ する ・ 不明				
治療見込期間	入院	年 月 日 から 年 月 日 まで			
	通院	年 月 日 から 年 月 日 まで ( 月 回 )			

上記の通り診断します。					
平成 年 月 日			医療機関名 および 所在地		
医師名			科		
小児慢性特定疾病指定医番号					

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入  
※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入

告示番号	25	内分泌疾患	平成( )年度	小児慢性特定疾病	医療意見書
受給者番号( )	新規登録 ・ 継続 ・ 転入 ( 転出地: )				
患者	ふりがな 氏名	男・女	生年月日	平成 年 月 日 ( 満 歳 )	
出生都道府県 <sup>※1</sup>	出生体重	g		出生週数	在胎 週
現在の身長 <sup>※2</sup>	cm	現在の体重 <sup>※2</sup>	kg	母の生年月日	昭和 平成 年 月 日
発病	年 月 頃	初診日	年 月 日		
大分類病名	11 甲状腺機能低下症	細分類病名	22	萎縮性甲状腺炎	

該当するものに○をつけ、必要な場合( )に記載

1. 臨床所見					
現在の 症状	身長・体重の測定日 ( 年 月 日 )	現在の身長 ( ) SD	現在の体重 ( ) SD		
	びまん性甲状腺腫大 ( なし ・ あり )	甲状腺萎縮 ( なし ・ あり )	易疲労感 ( なし ・ あり )		
	無気力 ( なし ・ あり )	末梢冷感 ( なし ・ あり )	徐脈 ( なし ・ あり )		
	便秘 ( なし ・ あり )	筋仮性肥大 ( なし ・ あり )	粘膜水腫 ( なし ・ あり )		
	脱毛 ( なし ・ あり )	成長の停止 ( なし ・ あり )	症候性肥満 ( なし ・ あり )		
	二次性徴の遅れ ( なし ・ あり )	月経不順 ( なし ・ あり )			

2. 検査所見					
診断の 根拠とな った主な 検査等 の結果	継続申請の場合は現在の状況を記載				
	<b>血液検査</b>				
	free T <sub>3</sub> ( ) pg/mL	free T <sub>4</sub> ( ) ng/dL	TSH ( ) μIU/mL	サイログロブリン ( ) ng/mL	
	抗甲状腺ペルオキシダーゼ抗体 (TPOAb) ( ) IU/mL	抗サイログロブリン抗体 (TgAb) ( ) IU/mL	抗TSH受容体抗体 (TRAb) ( ) IU/L		
	<b>TRH負荷試験</b> 検査日 ( 年 月 日 )				
	TSH基礎値 ( ) μIU/mL	TSH頂値 ( ) μIU/mL			
	<b>画像検査</b>				
	甲状腺エコー検査 ( 未実施 ・ 実施 → 所見: )				
	甲状腺シンチグラフィ ( 未実施 ・ 実施 → 所見: )				
	<b>穿刺吸引細胞診</b> ( 未実施 ・ 実施 → 所見: )				

3. その他の所見					
その他の現在の所見など	合併症 ( なし ・ あり → 詳細: )				

4. 経過					
現在までの主な治療など	薬物療法など ( なし ・ あり → 補充療法 ・ 機能抑制療法 ・ 他の薬物療法 ・ 運動制限 ・ 手術予定あり ・ 術後 )				

5. 今後の療の方針					
就学・就労	1. 就学前 2. 小中学校 ( 通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級 ) 3. 特別支援学校 ( 小中学部 ・ 専攻科を含む高等部 ) 4. 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 5. 大学 ( 短期大学を含む ) 6. 就労 ( 就学中の就労も含む ) 7. 未就学かつ未就労 8. その他 ( )				
現状評価	一つに○印 : 治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能 小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当: しない ・ する ・ 不明 人工呼吸器等装着者認定基準に該当: しない ・ する ・ 不明				
治療見込期間	入院	年 月 日 から 年 月 日 まで			
	通院	年 月 日 から 年 月 日 まで ( 月 回 )			

上記の通り診断します。					
平成 年 月 日			医療機関名 および 所在地		
医師名			科		
小児慢性特定疾病指定医番号					

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入  
※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入

告示番号 27		内分泌疾患		平成 ( ) 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書	
受給者番号 ( )		新規登録 ・ 継続 ・ 転入 ( 転出地 : )			
患者	ふりがな 氏名	男・女	生年月日	平成 年 月 日 ( 満 歳 )	
出生都道府県 <sup>※1</sup>		出生体重	g	出生週数	在胎 週
現在の身長 <sup>※2</sup>	cm	現在の体重 <sup>※2</sup>	kg	母の生年月日	昭和 平成 年 月 日
発病	年 月 頃	初診日	年 月 日		
大分類病名	11 甲状腺機能低下症	細分類病名	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	
該当するものに○をつけ、必要な場合 ( ) に記載			具体的な疾患名		
<b>1. 臨床所見</b>					
現在の 症 状	身長・体重の測定日 ( 年 月 日 ) 現在の身長 ( ) SD 現在の体重 ( ) SD				
	びまん性甲状腺腫大 ( なし ・ あり )	甲状腺萎縮 ( なし ・ あり )	易疲労感 ( なし ・ あり )		
	無気力 ( なし ・ あり )	末梢冷感 ( なし ・ あり )	徐脈 ( なし ・ あり )		
	便秘 ( なし ・ あり )	筋仮性肥大 ( なし ・ あり )	粘膜水腫 ( なし ・ あり )		
	脱毛 ( なし ・ あり )	成長の停止 ( なし ・ あり )	症候性肥満 ( なし ・ あり )		
	二次性徴の遅れ ( なし ・ あり )	月経不順 ( なし ・ あり )			
<b>2. 検査所見</b>					
診 断 の 根 拠 と な っ た 主 な 検 査 等 の 結 果	継続申請の場合は現在の状況を記載				
	<b>血液検査</b>				
	free T <sub>3</sub>	( )	pg/mL		
	free T <sub>4</sub>	( )	ng/dL		
	TSH	( )	μIU/mL		
	サイログロブリン	( )	ng/mL		
	抗甲状腺ペルオキシダーゼ抗体 (TPOAb)	( )	IU/mL		
	抗サイログロブリン抗体 (TgAb)	( )	IU/mL		
	抗TSH受容体抗体 (TRAb)	( )	IU/L		
	<b>TRH負荷試験</b>	検査日 ( 年 月 日 )			
TSH基礎値	( )	μIU/mL	TSH頂値	( ) μIU/mL	
<b>画像検査</b>					
甲状腺エコー検査	( 未実施 ・ 実施 → 所見 : )				
甲状腺シンチグラフィ	( 未実施 ・ 実施 → 所見 : )				
<b>穿刺吸引細胞診</b>	( 未実施 ・ 実施 → 所見 : )				
<b>遺伝子検査</b>	( 未実施 ・ 実施 <sup>※</sup> )				
※ 実施の場合 → 遺伝子名 ( )					
遺伝子変異 ( なし ・ あり → 詳細 : )					
<b>3. その他の所見</b>					
その他の 現在の 所見など	合併症 ( なし ・ あり → 詳細 : )				
<b>4. 経過</b>					
現在までの 主な治療 など	薬物療法など ( なし ・ あり → 補充療法 ・ 機能抑制療法 ・ 他の薬物療法 ・ 運動制限 ・ 手術予定あり ・ 術後 )				
<b>5. 今後の療法方針</b>					
就学・就労	1. 就学前 2. 小中学校 ( 通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級 ) 3. 特別支援学校 ( 小中学部 ・ 専攻科を含む高等部 ) 4. 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 5. 大学 ( 短期大学を含む ) 6. 就労 ( 就学中の就労も含む ) 7. 未就学かつ未就労 8. その他 ( )				
現状評価	一つに○印 : 治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能 小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当 : しない ・ する ・ 不明 人工呼吸器等装着者認定基準に該当 : しない ・ する ・ 不明				
治療見込期間	入院	年 月 日 から 年 月 日まで			
	通院	年 月 日 から 年 月 日まで ( 月 回 )			
上記の通り診断します。 医療機関名 および 所在地					
平成 年 月 日	医師名				科 印
小児慢性特定疾病指定医番号					

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入  
※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入

告示番号	32	内分泌疾患	平成( )年度	小児慢性特定疾病	医療意見書
受給者番号( )	新規登録 ・ 継続 ・ 転入 ( 転出地: )				
患者	ふりがな 氏名	男・女	生年月日	平成	年 月 日 ( 満 歳 )
出生都道府県 <sup>※1</sup>	出生体重	g		出生週数	在胎 週
現在の身長 <sup>※2</sup>	cm	現在の体重 <sup>※2</sup>	kg	母の生年月日	昭和 平成 年 月 日
発病	年 月 頃	初診日	年 月 日		
大分類病名	12	甲状腺ホルモン不応症	細分類病名	24	甲状腺ホルモン不応症

該当するものに○をつけ、必要な場合( )に記載

1.臨床所見					
現在の 症状	身長・体重の測定日 ( ) 年 月 ( ) 日				
	現在の身長 ( ) SD	現在の体重 ( ) SD			
	びまん性甲状腺腫大 ( なし ・ あり )				
	頻脈 ( なし ・ あり )	注意欠損障害 ( なし ・ あり )	多動性 ( なし ・ あり )		
	学習障害 ( なし ・ あり )				
	低身長 ( なし ・ あり )	骨年齢遅延 ( なし ・ あり )	聴力障害 ( なし ・ あり )		
新生児マス・スクリーニングで発見 ( なし ・ あり )					

2.検査所見					
診断の 根拠と なった 主な 検査 等の 結果	継続申請の場合は現在の状況を記載				
	<b>血液検査</b>				
	free T <sub>3</sub> ( ) pg/mL				
	free T <sub>4</sub> ( ) ng/dL				
	TSH ( ) μIU/mL				
	抗甲状腺ペルオキシダーゼ抗体 (TPOAb) ( ) IU/mL				
	抗サイログロブリン抗体 (TgAb) ( ) IU/mL				
	抗TSH受容体抗体 (TRAb) ( ) IU/L				
	<b>TRH負荷試験</b> 検査日 ( ) 年 月 ( ) 日				
	TSH基礎値 ( ) μIU/mL	TSH頂値 ( ) μIU/mL			
<b>画像検査</b>					
甲状腺エコー検査 ( 未実施 ・ 実施 → 所見: )					
甲状腺シンチグラフィ ( 未実施 ・ 実施 → 所見: )					
<b>遺伝子検査</b>					
甲状腺ホルモン受容体β遺伝子変異 ( 未実施 ・ なし ・ あり )					

3.その他の所見					
その他の現在の所見など	合併症 ( なし ・ あり → 詳細: )				

4.経過					
現在までの主な治療など	薬物療法など ( なし ・ あり → 補充療法 ・ 機能抑制療法 ・ 他の薬物療法 ・ 運動制限 ・ 手術予定あり ・ 術後 )				

5.今後の療方針					
就学・就労	1. 就学前 2. 小中学校 ( 通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級 ) 3. 特別支援学校 ( 小中学部 ・ 専攻科を含む高等部 ) 4. 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 5. 大学 ( 短期大学を含む ) 6. 就労 ( 就学中の就労も含む ) 7. 未就学かつ未就労 8. その他 ( )				
現状評価	一つに○印 : 治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能 小児慢性特定疾病重症患者認定基準に該当: しない ・ する ・ 不明 人工呼吸器等装着者認定基準に該当: しない ・ する ・ 不明				
治療見込期間	入院	年 月 日 から	年 月 日 まで		
	通院	年 月 日 から	年 月 日 まで	( 月 回 )	

上記の通り診断します。					
医療機関名 および 所在地			科 印		
平成	年	月	日	医師名	
小児慢性特定疾病指定医番号					

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入  
※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入



告示番号	55	内分泌疾患	平成( )年度	小児慢性特定疾病	医療意見書
受給者番号( )	新規登録 ・ 継続 ・ 転入 ( 転出地: )				
患者	ふりがな 氏名	男・女	生年月日	平成 年 月 日 ( 満 歳 )	
出生都道府県 <sup>※1</sup>		出生体重	g	出生週数	在胎 週
現在の身長 <sup>※2</sup>	cm	現在の体重 <sup>※2</sup>	kg	母の生年月日	昭和 平成 年 月 日
発病	年 月 頃	初診日	年 月 日		
大分類病名	13	腺腫様甲状腺腫	細分類病名	25	腺腫様甲状腺腫

該当するものに○をつけ、必要な場合( )に記載

1.臨床所見					
現在の 症 状	身長・体重の測定日 ( 年 月 日 )				
	現在の身長 ( ) SD 現在の体重 ( ) SD				
	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 )		

2.検査所見					
診 断 の 根 拠 と な っ た 主 な 検 査 等 の 結 果	継続申請の場合は現在の状況を記載				
	<b>血液検査</b>				
	free T <sub>3</sub> ( ) pg/mL				
	free T <sub>4</sub> ( ) ng/dL				
	TSH ( ) μIU/mL				
	抗甲状腺ペルオキシダーゼ抗体 (TPOAb) ( ) IU/mL				
	抗サイログロブリン抗体 (TgAb) ( ) IU/mL				
	抗TSH受容体抗体 (TRAb) ( ) IU/L				
	<b>画像検査</b>				
	甲状腺エコー検査 ( 未実施 ・ 実施 → 所見: )				
甲状腺シンチグラフィ ( 未実施 ・ 実施 → 所見: )					
<b>穿刺吸引細胞診</b> ( 未実施 ・ 実施 → 所見: )					

3.その他の所見					
その他の 現在の 所見など	合併症 ( なし ・ あり → 詳細: )				

4.経 過					
現在までの 主な治療 など	薬物療法など ( なし ・ あり → 補充療法 ・ 機能抑制療法 ・ 他の薬物療法 ・ 運動制限 ・ 手術予定あり ・ 術後 )				

5.今後の療の方針					
就学・就労	1.就学前 2.小中学校 ( 通常学級・通級・特別支援学級 ) 3.特別支援学校 ( 小中学部・専攻科を含む高等部 ) 4.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 5.大学 ( 短期大学を含む ) 6.就労 ( 就学中の就労も含む ) 7.未就学かつ未就労 8.その他 ( )				
現状評価	一つに○印 : 治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能 小児慢性特定疾病重症患者認定基準に該当: しない・する・不明 人工呼吸器等装着者認定基準に該当: しない・する・不明				
治療見込期間	入院	年 月 日 から	年 月 日 まで		
	通院	年 月 日 から	年 月 日 まで	( 月 回 )	

上記の通り診断します。					
医療機関名 および 所在地			科 印		
平成	年	月	日	医師名	
小児慢性特定疾病指定医番号					

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入  
※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入

告示番号	81	内分泌疾患	平成( )年度	小児慢性特定疾病	医療意見書
受給者番号( )	新規登録 ・ 継続 ・ 転入 ( 転出地: )				
患者	ふりがな 氏名	男・女	生年月日	平成 年 月 日 ( 満 歳 )	
出生都道府県 <sup>※1</sup>		出生体重	g	出生週数	在胎 週
現在の身長 <sup>※2</sup>	cm	現在の体重 <sup>※2</sup>	kg	母の生年月日	昭和 平成 年 月 日
発病	年 月 頃	初診日	年 月 日		
大分類病名	14 副甲状腺機能亢進症	細分類病名	26	副甲状腺機能亢進症	

該当するものに○をつけ、必要な場合( )に記載

1. 臨床所見					
現在の 症状	身長・体重の測定日 ( ) 年 月 日)				
	現在の身長 ( ) SD	現在の体重 ( ) SD			
	多尿 ( なし ・ あり )	易疲労性 ( なし ・ あり )	腹痛 ( なし ・ あり )		
	肉眼的血尿 ( なし ・ あり )	排尿痛 ( なし ・ あり )	リンパ節腫脹 ( なし ・ あり )		
	収縮期圧 ( ) mmHg	拡張期圧 ( ) mmHg			
同疾患の家族歴 ( なし ・ あり )					
その他の特記すべき症状 ( なし ・ あり → 所見: )					

2. 検査所見						
診断の 根拠と なった 主な 検査等 の結果	継続申請の場合は現在の状況を記載					
	血液検査					
	Ca ( ) mg/dL	P ( ) mg/dL	Mg ( ) mg/dL			
	ALP ( ) IU/L	BUN ( ) mg/dL	Cre ( ) mg/dL			
	血清アルブミン ( ) g/dL	intact PTH ( ) pg/mL				
	1,25(OH)2D ( ) pg/mL	25OHD ( ) ng/mL				
	尿検査					
	尿中Ca ( ) mg/dL	尿中Cre ( ) mg/dL				
	画像検査					
	骨X線像 ( 未実施 ・ 実施 → 検査日 ( ) 年 月 日 )	所見 ( )				
腹部CT ( 未実施 ・ 実施 → 検査日 ( ) 年 月 日 )	所見 ( )					
腎エコー ( 未実施 ・ 実施 → 検査日 ( ) 年 月 日 )	所見 ( )					
遺伝子検査 ( 未実施 ・ 実施 <sup>※</sup> )						
※実施の場合 → 検査日 ( ) 年 月 日 )						
遺伝子名 ( )						
遺伝子変異 ( なし ・ あり → 所見: )						
骨塩定量 骨密度 ( ) g/cm <sup>3</sup> 同年齢比較 ( ) %						

3. その他の所見					
その他の現在の所見など	合併症 ( なし ・ あり → 詳細: )				

4. 経過					
現在の治療など	薬物療法など ( なし ・ あり → 補充療法 ・ 機能抑制療法 ・ 他の薬物療法 ・ 運動制限 ・ 手術予定あり ・ 術後 )				

5. 今後の療方針					
就学・就労	1. 就学前 2. 小中学校 ( 通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級 ) 3. 特別支援学校 ( 小中学部 ・ 専攻科を含む高等部 ) 4. 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 5. 大学 ( 短期大学を含む ) 6. 就労 ( 就学中の就労も含む ) 7. 未就学かつ未就労 8. その他 ( )				
現状評価	一つに○印: 治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能 小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当: しない ・ する ・ 不明 人工呼吸器等装着者認定基準に該当: しない ・ する ・ 不明				
治療見込期間	入院	年 月 日 から	年 月 日 まで		
	通院	年 月 日 から	年 月 日 まで	( 月 回 )	

上記の通り診断します。					
医療機関名			科		
および					
所在地					
平成 年 月 日	医師名				印
小児慢性特定疾病指定医番号					

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入  
※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入

告示番号	83	内分泌疾患	平成 ( ) 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書
受給者番号 ( )	新規登録 ・ 継続 ・ 転入 ( 転出地 : )		
患者	ふりがな 氏名	男 ・ 女	生年月日 平成 年 月 日 ( 満 歳 )
出生都道府県 <sup>※1</sup>	出生体重	g	出生週数 在胎 週
現在の身長 <sup>※2</sup>	cm	現在の体重 <sup>※2</sup>	kg 母の生年月日 昭和 平成 年 月 日
発病	年 月 頃	初診日	年 月 日
大分類病名	15 副甲状腺機能低下症	細分類病名	27 副甲状腺欠損症

該当するものに○をつけ、必要な場合 ( ) に記載

1. 臨床所見			
現在の 症 状	身長・体重の測定日 ( ) 年 月 日)	現在の身長 ( ) SD	現在の体重 ( ) SD
	テナー ( なし ・ あり )	難聴 ( なし ・ あり )	けいれん ( なし ・ あり )
	視力低下 ( なし ・ あり )	精神発達遅延 ( なし ・ あり )	心雑音 ( なし ・ あり )
	収縮期圧 ( ) mmHg	拡張期圧 ( ) mmHg	
	同疾患の家族歴 ( なし ・ あり )	その他の特記すべき症状 ( なし ・ あり → 所見 : )	

2. 検査所見			
診 断 の 根 拠 と な っ た 主 な 検 査 等 の 結 果	継続申請の場合は現在の状況を記載		
	血液検査		
	Ca ( ) mg/dL	P ( ) mg/dL	Mg ( ) mg/dL
	ALP ( ) IU/L	BUN ( ) mg/dL	Cre ( ) mg/dL
	血清アルブミン ( ) g/dL	intact PTH ( ) pg/mL	
	1,25(OH)2D ( ) pg/mL	25OHD ( ) ng/mL	
	尿検査		
	尿中Ca ( ) mg/dL	尿中Cre ( ) mg/dL	
	画像検査		
	骨X線像 ( 未実施 ・ 実施 → 検査日 ( ) 年 月 日 )	所見 ( )	
頭部CT ( 未実施 ・ 実施 → 検査日 ( ) 年 月 日 )	所見 ( )		

3. その他の所見	
その他の現在の所見など	合併症 ( なし ・ あり → 詳細 : )

4. 経過	
現在までの主な治療など	薬物療法など ( なし ・ あり → 補充療法 ・ 機能抑制療法 ・ 他の薬物療法 ・ 運動制限 ・ 手術予定あり ・ 術後 )

5. 今後の療方針	
就学・就労	1. 就学前 2. 小中学校 ( 通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級 ) 3. 特別支援学校 ( 小中学部 ・ 専攻科を含む高等部 ) 4. 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 5. 大学 ( 短期大学を含む ) 6. 就労 ( 就学中の就労も含む ) 7. 未就学かつ未就労 8. その他 ( )
現状評価	一つに○印 : 治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能 小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当 : しない ・ する ・ 不明 人工呼吸器等装着者認定基準に該当 : しない ・ する ・ 不明
治療見込期間	入院 年 月 日から 年 月 日まで 通院 年 月 日から 年 月 日まで ( 月 回 )

上記の通り診断します。

医療機関名  
および  
所在地

平成 年 月 日 医師名 科 印

小児慢性特定疾病指定医番号

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入  
※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入

告示番号	82	内分泌疾患	平成( )年度	小児慢性特定疾病	医療意見書
受給者番号( )	新規登録 ・ 継続 ・ 転入 ( 転出地: )				
患者	ふりがな 氏名	男・女	生年月日	平成 年 月 日 (満 歳)	
出生都道府県 <sup>※1</sup>		出生体重	g	出生週数	在胎 週
現在の身長 <sup>※2</sup>	cm	現在の体重 <sup>※2</sup>	kg	母の生年月日	昭和 平成 年 月 日
発病	年 月 頃	初診日	年 月 日		
大分類病名	15 副甲状腺機能低下症	細分類病名	28	副甲状腺機能低下症 (副甲状腺欠損症を除く。)	

該当するものに○をつけ、必要な場合( )に記載

1.臨床所見					
現在の 症状	身長・体重の測定日 ( 年 月 日)				
	現在の身長 ( ) SD		現在の体重 ( ) SD		
	タナー ( なし ・ あり )	難聴 ( なし ・ あり )	けいれん ( なし ・ あり )		
	視力低下 ( なし ・ あり )	精神発達遅延 ( なし ・ あり )	心雑音 ( なし ・ あり )		
	収縮期圧 ( ) mmHg	拡張期圧 ( ) mmHg			
同疾患の家族歴 ( なし ・ あり )					
その他の特記すべき症状 ( なし ・ あり → 所見: )					

2.検査所見						
診断の 根拠と なった 主な 検査等 の結果	継続申請の場合は現在の状況を記載					
	<b>血液検査</b>					
	Ca ( ) mg/dL	P ( ) mg/dL	Mg ( ) mg/dL			
	ALP ( ) IU/L	BUN ( ) mg/dL	Cre ( ) mg/dL			
	血清アルブミン ( ) g/dL	intact PTH ( ) pg/mL				
	1,25(OH)2D ( ) pg/mL	25OHD ( ) ng/mL				
	<b>尿検査</b>					
	尿中Ca ( ) mg/dL	尿中Cre ( ) mg/dL				
	<b>画像検査</b>					
	骨X線像 ( 未実施 ・ 実施 → 検査日 ( 年 月 日 ) )	所見 ( )				
頭部CT ( 未実施 ・ 実施 → 検査日 ( 年 月 日 ) )	所見 ( )					
<b>遺伝子検査</b> ( 未実施 ・ 実施 <sup>※</sup> )						
※ 実施の場合 → 遺伝子名 ( )						
遺伝子変異 ( なし ・ あり → 詳細: )						

3.その他の所見					
その他の 現在の 所見など	合併症 ( なし ・ あり → 詳細: )				

4.経過					
現在 までの 主な 治療 など	薬物療法など ( なし ・ あり → 補充療法 ・ 機能抑制療法 ・ 他の薬物療法 ・ 運動制限 ・ 手術予定あり ・ 術後 )				

5.今後の療方針					
就学・就労	1. 就学前 2. 小中学校 ( 通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級 ) 3. 特別支援学校 ( 小中学部 ・ 専攻科を含む高等部 ) 4. 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 5. 大学 ( 短期大学を含む ) 6. 就労 ( 就学中の就労も含む ) 7. 未就学かつ未就労 8. その他 ( )				
現状評価	一つに○印 : 治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能 小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当 : しない ・ する ・ 不明 人工呼吸器等装着者認定基準に該当 : しない ・ する ・ 不明				
治療見込期間	入院	年 月 日 から 年 月 日 まで			
	通院	年 月 日 から 年 月 日 まで ( 月 回 )			

上記の通り診断します。					
医療機関名 および 所在地			科		
平成 年 月 日	医師名				印
小児慢性特定疾病指定医番号					

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入  
※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入

告示番号	36	内分泌疾患	平成( )年度	小児慢性特定疾病	医療意見書
受給者番号( )	新規登録 ・ 継続 ・ 転入 ( 転出地: )				
患者	ふりがな 氏名	男・女	生年月日	平成 年 月 日 (満 歳)	
出生都道府県 <sup>※1</sup>		出生体重	g	出生週数	在胎 週
現在の身長 <sup>※2</sup>	cm	現在の体重 <sup>※2</sup>	kg	母の生年月日	昭和 平成 年 月 日
発病	年 月 頃	初診日	年 月 日		
大分類病名	16 自己免疫性多内分泌腺症候群	細分類病名	29	自己免疫性多内分泌腺症候群 1型	

該当するものに○をつけ、必要な場合( )に記載

1.臨床所見					
現在の 症状	身長・体重の測定日 ( ) 年 月 (日)				
	現在の身長 ( ) SD 現在の体重 ( ) SD				
	粘膜皮膚カンジダ症 ( なし ・ あり )		易疲労性 ( なし ・ あり )		テタニー ( なし ・ あり )
	けいれん ( なし ・ あり )				
その他の特記すべき症状 ( なし ・ あり → 所見: )					

2.検査所見						
診断の 根拠と なつた 主な 検査等 の結果	継続申請の場合は現在の状況を記載					
	血液検査					
	Ca ( ) mg/dL		P ( ) mg/dL		BUN ( ) mg/dL	
	Cre ( ) mg/dL					
	intact PTH ( ) pg/mL		ACTH ( ) pg/mL			
	コルチゾール ( ) μg/dL		DHEA-S ( ) μg/dL			
	レニン活性(PRA) ( ) ng/mL/hr		レニン定量(活性型) ( ) pg/mL			
	アルドステロン ( ) pg/mL					
	尿検査					
	24時間遊離コルチゾール ( ) μg/day					
その他の尿検査 ( )						
遺伝子検査						
( 未実施 ・ 実施 → 所見: )						

3.その他の所見					
その他の 現在の 所見など	合併症 ( なし ・ あり → 詳細: )				

4.経過					
現在 までの 主な 治療 など	薬物療法など ( なし ・ あり → 補充療法 ・ 機能抑制療法 ・ 他の薬物療法 ・ 運動制限 ・ 手術予定あり ・ 術後 )				

5.今後の療法方針					
就学・就労	1. 就学前 2. 小中学校 ( 通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級 ) 3. 特別支援学校 ( 小中学部 ・ 専攻科を含む高等部 ) 4. 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 5. 大学 ( 短期大学を含む ) 6. 就労 ( 就学中の就労も含む ) 7. 未就学かつ未就労 8. その他 ( )				
現状評価	一つに○印 : 治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能 小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当: しない ・ する ・ 不明 人工呼吸器等装着者認定基準に該当: しない ・ する ・ 不明				
治療見込期間	入院	年 月 日 から 年 月 日 まで			
	通院	年 月 日 から 年 月 日 まで ( 月 回 )			

上記の通り診断します。					
平成 年 月 日			医療機関名 および 所在地		
			科 印		
医師名					
小児慢性特定疾病指定医番号					

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入  
※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入

告示番号	37	内分泌疾患	平成 ( ) 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書
受給者番号 ( )	新規登録 ・ 継続 ・ 転入 ( 転出地 : )		
患者	ふりがな 氏名	男 ・ 女	生年月日 平成 年 月 日 ( 満 歳 )
出生都道府県 <sup>※1</sup>	出生体重	g	出生週数 在胎 週
現在の身長 <sup>※2</sup>	cm	現在の体重 <sup>※2</sup>	kg 母の生年月日 昭和 平成 年 月 日
発病	年 月 頃	初診日	年 月 日
大分類病名	16 自己免疫性多内分泌腺症候群	細分類病名	30 自己免疫性多内分泌腺症候群 2型

該当するものに○をつけ、必要な場合 ( ) に記載

1. 臨床所見			
現在の 症 状	身長・体重の測定日 ( ) 年 月 日)	現在の身長 ( ) SD	現在の体重 ( ) SD
	易疲労性 ( なし ・ あり )	浮腫 ( なし ・ あり )	多飲多尿 ( なし ・ あり )
	集中力低下 ( なし ・ あり )	甲状腺腫 ( なし ・ あり )	
	その他の特記すべき症状 ( なし ・ あり → 所見 : )		

2. 検査所見			
診 断 の 根 拠 と な っ た 主 な 検 査 等 の 結 果	継続申請の場合は現在の状況を記載		
	<b>血液検査</b>		
	free T <sub>3</sub> ( ) pg/mL	free T <sub>4</sub> ( ) ng/dL	
	TSH ( ) μIU/mL	抗甲状腺ペルオキシダーゼ抗体 (TPOAb) ( ) IU/mL	
	抗サイログロブリン抗体 (TgAb) ( ) IU/mL	抗TSH受容体抗体 (TRAb) ( ) IU/L	
	ACTH ( ) pg/mL	コルチゾール ( ) μg/dL	
	レニン活性(PRA) ( ) ng/mL/hr	レニン定量 (活性型) ( ) pg/mL	
	アルドステロン ( ) pg/mL	DHEA-S ( ) μg/dL	
	グルコース ( ) mg/dL	インスリン (IRI) ( ) μIU/mL	
	HbA1c ( ) %	抗GAD抗体 (GADAb) ( ) U/mL	
その他の検査 ( 未実施 ・ 実施 <sup>※</sup> )			
※実施の場合 → 検査名 ( )			
所見 ( )			

3. その他の所見	
その他の現在の所見など	合併症 ( なし ・ あり → 詳細 : )

4. 経過	
現在までの主な治療など	薬物療法など ( なし ・ あり → 補充療法 ・ 機能抑制療法 ・ 他の薬物療法 ・ 運動制限 ・ 手術予定あり ・ 術後 )

5. 今後の療方針	
就学・就労	1. 就学前 2. 小中学校 ( 通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級 ) 3. 特別支援学校 ( 小中学部 ・ 専攻科を含む高等部 ) 4. 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 5. 大学 ( 短期大学を含む ) 6. 就労 ( 就学中の就労も含む ) 7. 未就学かつ未就労 8. その他 ( )
現状評価	一つに○印 : 治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能 小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当 : しない ・ する ・ 不明 人工呼吸器等装着者認定基準に該当 : しない ・ する ・ 不明
治療見込期間	入院 年 月 日から 年 月 日まで 通院 年 月 日から 年 月 日まで ( 月 回 )

上記の通り診断します。	
平成 年 月 日	医療機関名 および 所在地  医師名  科 印
小児慢性特定疾病指定医番号	

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入  
※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入

告示番号	8	内分泌疾患	平成( )年度	小児慢性特定疾病	医療意見書
受給者番号( )	新規登録 ・ 継続 ・ 転入 ( 転出地: )				
患者	ふりがな 氏名	男・女	生年月日	平成	年 月 日 ( 満 歳 )
出生都道府県 <sup>※1</sup>		出生体重	g	出生週数	在胎 週
現在の身長 <sup>※2</sup>	cm	現在の体重 <sup>※2</sup>	kg	母の生年月日	昭和 平成 年 月 日
発病	年 月 頃	初診日	年 月 日		
大分類病名	17 偽性副甲状腺機能低下症	細分類病名	31	偽性偽性副甲状腺機能低下症	

該当するものに○をつけ、必要な場合( )に記載

1.臨床所見					
現在の 症状	身長・体重の測定日 ( ) 年 月 日)	現在の身長 ( ) SD	現在の体重 ( ) SD		
	テタニー ( なし ・ あり )	短指 ( なし ・ あり )	けいれん ( なし ・ あり )		
	肥満 ( なし ・ あり )	精神発達遅延 ( なし ・ あり )	異所性石灰化 ( なし ・ あり )		
	低身長 ( なし ・ あり )				
	収縮期圧 ( ) mmHg	拡張期圧 ( ) mmHg			
	同疾患の家族歴 ( なし ・ あり )				
その他の特記すべき症状 ( なし ・ あり → 所見: )					

2.検査所見						
診断の 根拠とな った主な 検査等 の結果	継続申請の場合は現在の状況を記載					
	<b>血液検査</b>					
	Ca ( ) mg/dL	P ( ) mg/dL	Mg ( ) mg/dL			
	ALP ( ) IU/L	BUN ( ) mg/dL	Cre ( ) mg/dL			
	血清アルブミン ( ) g/dL	intact PTH ( ) pg/mL				
	1,25(OH)2D ( ) pg/mL	25OHD ( ) ng/mL				
	<b>尿検査</b>					
	尿中Ca ( ) mg/dL	尿中Cre ( ) mg/dL				
	<b>Ellsworth-Howard検査</b>					
	P排泄増加 ( なし ・ あり )	cAMP増加 ( なし ・ あり )				
<b>画像検査</b>						
骨X線像 ( 未実施 ・ 実施 → 検査日 ( ) 年 月 日 )						
所見 ( )						
頭部CT ( 未実施 ・ 実施 → 検査日 ( ) 年 月 日 )						
所見 ( )						
<b>遺伝子検査 ( 未実施 ・ 実施<sup>※</sup> )</b>						
※ 実施の場合 → 遺伝子名 ( )						
遺伝子変異 ( なし ・ あり → 詳細: )						

3.その他の所見					
その他の 現在の 所見など	合併症 ( なし ・ あり → 詳細: )				

4.経過					
現在 までの 治療	薬物療法など ( なし ・ あり → 補充療法 ・ 機能抑制療法 ・ 他の薬物療法 ・ 運動制限 ・ 手術予定あり ・ 術後 )				

5.今後の療方針					
就学・就労	1. 就学前 2. 小中学校 ( 通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級 ) 3. 特別支援学校 ( 小中学部 ・ 専攻科を含む高等部 ) 4. 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 5. 大学 ( 短期大学を含む ) 6. 就労 ( 就学中の就労も含む ) 7. 未就学かつ未就労 8. その他 ( )				
現状評価	一つに○印 : 治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能 小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当: しない ・ する ・ 不明 人工呼吸器等装着者認定基準に該当: しない ・ する ・ 不明				
治療見込期間	入院	年 月 日 から	年 月 日 まで		
	通院	年 月 日 から	年 月 日 まで	( 月 回 )	

上記の通り診断します。					
平成 年 月 日			医療機関名 および 所在地		
医師名			科		
小児慢性特定疾病指定医番号					

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入  
※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入

告示番号	9	内分泌疾患	平成( )年度	小児慢性特定疾病	医療意見書
受給者番号( )	新規登録 ・ 継続 ・ 転入 ( 転出地: )				
患者	ふりがな 氏名	男・女	生年月日	平成 年 月 日 ( 満 歳 )	
出生都道府県 <sup>※1</sup>		出生体重	g	出生週数	在胎 週
現在の身長 <sup>※2</sup>	cm	現在の体重 <sup>※2</sup>	kg	母の生年月日	昭和 平成 年 月 日
発病	年 月 頃	初診日	年 月 日		
大分類病名	17 偽性副甲状腺機能低下症	細分類病名	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。)		

該当するものに○をつけ、必要な場合( )に記載

1. 臨床所見					
現在の 症状	身長・体重の測定日 ( 年 月 日 )	現在の身長 ( ) SD	現在の体重 ( ) SD		
	テタニー ( なし ・ あり )	短指 ( なし ・ あり )	けいれん ( なし ・ あり )		
	肥満 ( なし ・ あり )	精神発達遅延 ( なし ・ あり )	異所性石灰化 ( なし ・ あり )		
	低身長 ( なし ・ あり )				
	収縮期圧 ( ) mmHg	拡張期圧 ( ) mmHg			
	同疾患の家族歴 ( なし ・ あり )				
その他の特記すべき症状 ( なし ・ あり → 所見: )					

2. 検査所見						
診断の 根拠とな った主な 検査等 の結果	継続申請の場合は現在の状況を記載					
	<b>血液検査</b>					
	Ca ( ) mg/dL	P ( ) mg/dL	Mg ( ) mg/dL			
	ALP ( ) IU/L	BUN ( ) mg/dL	Cre ( ) mg/dL			
	血清アルブミン ( ) g/dL	intact PTH ( ) pg/mL				
	1,25(OH)2D ( ) pg/mL	25OHD ( ) ng/mL				
	<b>尿検査</b>					
	尿中Ca ( ) mg/dL	尿中Cre ( ) mg/dL				
	<b>Ellsworth-Howard検査</b>					
	P排泄増加 ( なし ・ あり )	cAMP増加 ( なし ・ あり )				
<b>画像検査</b>						
骨X線像 ( 未実施 ・ 実施 → 検査日 ( 年 月 日 ) )						
所見 ( )						
頭部CT ( 未実施 ・ 実施 → 検査日 ( 年 月 日 ) )						
所見 ( )						
<b>遺伝子検査 ( 未実施 ・ 実施<sup>※</sup> )</b>						
※ 実施の場合 → 遺伝子名 ( )						
遺伝子変異 ( なし ・ あり → 詳細: )						

3. その他の所見					
その他の 現在の 所見など	合併症 ( なし ・ あり → 詳細: )				

4. 経過					
現在 までの 治療	薬物療法など ( なし ・ あり → 補充療法 ・ 機能抑制療法 ・ 他の薬物療法 ・ 運動制限 ・ 手術予定あり ・ 術後 )				

5. 今後の療方針					
就学・就労	1. 就学前 2. 小中学校 ( 通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級 ) 3. 特別支援学校 ( 小中学部 ・ 専攻科を含む高等部 ) 4. 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 5. 大学 ( 短期大学を含む ) 6. 就労 ( 就学中の就労も含む ) 7. 未就学かつ未就労 8. その他 ( )				
現状評価	一つに○印 : 治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能 小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当: しない ・ する ・ 不明 人工呼吸器等装着者認定基準に該当: しない ・ する ・ 不明				
治療見込期間	入院	年 月 日 から	年 月 日 まで		
	通院	年 月 日 から	年 月 日 まで	( 月 回 )	

上記の通り診断します。					
平成 年 月 日			医療機関名 および 所在地		
			科		
			医師名		
			印		
小児慢性特定疾病指定医番号					

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入  
※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入



告示番号	11	内分泌疾患	平成( )年度	小児慢性特定疾病	医療意見書
受給者番号( )	新規登録 ・ 継続 ・ 転入 ( 転出地: )				
患者	ふりがな 氏名	男・女	生年月日	平成 年 月 日 ( 満 歳 )	
出生都道府県 <sup>※1</sup>		出生体重	g	出生週数	在胎 週
現在の身長 <sup>※2</sup>	cm	現在の体重 <sup>※2</sup>	kg	母の生年月日	昭和 平成 年 月 日
発病	年 月 頃	初診日	年 月 日		
大分類病名	18	クッシング (Cushing) 症候群	細分類病名	33	クッシング (Cushing) 病

該当するものに○をつけ、必要な場合( )に記載

1.臨床所見					
現在の 症 状	身長・体重の測定日 ( ) 年 月 ( 日 )	現在の身長 ( ) SD	現在の体重 ( ) SD		
	満月様顔貌 ( なし ・ あり )	中心性肥満または水牛様脂肪沈着 ( なし ・ あり )	皮膚線条 ( なし ・ あり )		
	筋力低下 ( なし ・ あり )	成長障害 ( なし ・ あり )	高血圧 ( なし ・ あり )		
	月経異常 ( なし ・ あり )	痤瘡 ( なし ・ あり )	多毛 ( なし ・ あり )		
	浮腫 ( なし ・ あり )	骨粗鬆症 ( なし ・ あり )	色素沈着 ( なし ・ あり )		
	精神異常 ( なし ・ あり )	皮下溢血 ( なし ・ あり )	皮膚菲薄化 ( なし ・ あり )		
	耐糖能低下 ( なし ・ あり )				
	その他の特記すべき症状 ( なし ・ あり → 所見: )				

2.検査所見						
診 断 の 根 拠 と な っ た 主 な 検 査 等 の 結 果	継続申請の場合は現在の状況を記載					
	血液検査					
	白血球数 ( ) / $\mu$ L	好酸球 ( ) %				
	K ( ) mEq/L	HbA1c ( ) %	T-Cho ( ) mg/dL			
	ACTH ( ) pg/mL					
	コルチゾール ( ) $\mu$ g/dL					
	デキサメサゾン抑制試験 (0.5 mg)	コルチゾール 前値 ( ) $\mu$ g/dL	負荷後 ( ) $\mu$ g/dL			
	デキサメサゾン抑制試験 (8mg)	コルチゾール 前値 ( ) $\mu$ g/dL	負荷後 ( ) $\mu$ g/dL			
	CRH試験	ACTH 基礎値 ( ) pg/mL	頂値 ( ) pg/mL			
	尿検査					
尿中遊離コルチゾール ( ) $\mu$ g/day						
画像検査						
下垂体腺腫 ( なし ・ あり )						
副腎腫瘍 ( なし ・ あり )						
単純X線写真によるトルコ鞍の拡大 ( なし ・ あり )						

3.その他の所見					
その他の 現在の 所見など	合併症 ( なし ・ あり → 詳細: )				

4.経 過					
現在 な ま だ の 治 療	薬物療法など ( なし ・ あり → 補充療法 ・ 機能抑制療法 ・ 他の薬物療法 ・ 運動制限 ・ 手術予定あり ・ 術後 )				

5.今後の療方針					
就学・就労	1. 就学前 2. 小中学校 ( 通常学級・通級・特別支援学級 ) 3. 特別支援学校 ( 小中学部・専攻科を含む高等部 ) 4. 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 5. 大学 ( 短期大学を含む ) 6. 就労 ( 就学中の就労も含む ) 7. 未就学かつ未就労 8. その他 ( )				
現状評価	一つに○印 : 治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能 小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当: しない・する・不明 人工呼吸器等装着者認定基準に該当: しない・する・不明				
治療見込期間	入院	年 月 日 から 年 月 日 まで			
	通院	年 月 日 から 年 月 日 まで ( 月 回 )			

上記の通り診断します。					
平成 年 月 日			医療機関名 および 所在地		
			科		
			医師名		
			印		
小児慢性特定疾病指定医番号					

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入  
※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入

告示番号	10	内分泌疾患	平成( )年度	小児慢性特定疾病	医療意見書
受給者番号( )	新規登録 ・ 継続 ・ 転入 ( 転出地: )				
患者	ふりがな 氏名	男・女	生年月日	平成 年 月 日 (満 歳)	
出生都道府県 <sup>※1</sup>	出生体重	g		出生週数	在胎 週
現在の身長 <sup>※2</sup>	cm	現在の体重 <sup>※2</sup>	kg	母の生年月日	昭和 年 月 日 平成
発病	年 月 頃	初診日	年 月 日		
大分類病名	18 クッシング (Cushing) 症候群	細分類病名	34	異所性副腎皮質刺激ホルモン (ACTH) 産生症候群	

該当するものに○をつけ、必要な場合 ( ) に記載

1. 臨床所見					
現在の 症 状	身長・体重の測定日 ( ) 年 月 日)	現在の身長 ( ) SD	現在の体重 ( ) SD		
	満月様顔貌 ( なし ・ あり )	中心性肥満または水牛様脂肪沈着 ( なし ・ あり )	皮膚線条 ( なし ・ あり )		
	筋力低下 ( なし ・ あり )	成長障害 ( なし ・ あり )	高血圧 ( なし ・ あり )		
	月経異常 ( なし ・ あり )	痤瘡 ( なし ・ あり )	多毛 ( なし ・ あり )		
	浮腫 ( なし ・ あり )	骨粗鬆症 ( なし ・ あり )	色素沈着 ( なし ・ あり )		
	精神異常 ( なし ・ あり )	皮下溢血 ( なし ・ あり )	皮膚菲薄化 ( なし ・ あり )		
	耐糖能低下 ( なし ・ あり )				
	その他の特記すべき症状 ( なし ・ あり → 所見: )				

2. 検査所見						
診 断 の 根 拠 と な っ た 主 な 検 査 等 の 結 果	継続申請の場合は現在の状況を記載					
	血液検査					
	ACTH ( ) pg/mL					
	コルチゾール ( ) μg/dL					
	デキサメサゾン抑制試験 (0.5 mg)	コルチゾール	前値 ( ) μg/dL	負荷後 ( ) μg/dL		
	デキサメサゾン抑制試験 (8mg)	コルチゾール	前値 ( ) μg/dL	負荷後 ( ) μg/dL		
	CRH試験	ACTH	基礎値 ( ) pg/mL	頂値 ( ) pg/mL		
	尿検査					
	尿中遊離コルチゾール ( ) μg/day					
	画像検査					
下垂体腺腫 ( なし ・ あり )						
副腎腫瘍 ( なし ・ あり )						
その他の腫瘍 ( なし ・ あり → 詳細: )						

3. その他の所見					
その他の現在の所見など	合併症 ( なし ・ あり → 詳細: )				

4. 経過					
現在までの主な治療	薬物療法など ( なし ・ あり → 補充療法 ・ 機能抑制療法 ・ 他の薬物療法 ・ 運動制限 ・ 手術予定あり ・ 術後 )				

5. 今後の療方針					
就学・就労	1. 就学前 2. 小中学校 ( 通常学級・通級・特別支援学級 ) 3. 特別支援学校 ( 小中学部・専攻科を含む高等部 ) 4. 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 5. 大学 ( 短期大学を含む ) 6. 就労 ( 就学中の就労も含む ) 7. 未就学かつ未就労 8. その他 ( )				
現状評価	一つに○印 : 治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能 小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当: しない・する・不明 人工呼吸器等装着者認定基準に該当: しない・する・不明				
治療見込期間	入院	年 月 日 から 年 月 日 まで			
	通院	年 月 日 から 年 月 日 まで ( 月 回 )			

上記の通り診断します。					
平成 年 月 日			医療機関名 および 所在地		
医師名			科		
小児慢性特定疾病指定医番号					

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入  
※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入

告示番号	12	内分泌疾患	平成( )年度	小児慢性特定疾病	医療意見書
受給者番号( )	新規登録 ・ 継続 ・ 転入 ( 転出地: )				
患者	ふりがな 氏名	男・女	生年月日	平成 年 月 日 ( 満 歳 )	
出生都道府県 <sup>※1</sup>	出生体重	g		出生週数	在胎 週
現在の身長 <sup>※2</sup>	cm	現在の体重 <sup>※2</sup>	kg	母の生年月日	昭和 平成 年 月 日
発病	年 月 頃	初診日	年 月 日		
大分類病名	18 クッシング (Cushing) 症候群	細分類病名	35	副腎腺腫	

該当するものに○をつけ、必要な場合( )に記載

1.臨床所見					
現在の 症 状	身長・体重の測定日 ( ) 年 月 ( 日 )	現在の身長 ( ) SD	現在の体重 ( ) SD		
	満月様顔貌 ( なし ・ あり )	中心性肥満または水牛様脂肪沈着 ( なし ・ あり )	皮膚線条 ( なし ・ あり )		
	筋力低下 ( なし ・ あり )	成長障害 ( なし ・ あり )	高血圧 ( なし ・ あり )		
	月経異常 ( なし ・ あり )	痤瘡 ( なし ・ あり )	多毛 ( なし ・ あり )		
	浮腫 ( なし ・ あり )	骨粗鬆症 ( なし ・ あり )	色素沈着 ( なし ・ あり )		
	精神異常 ( なし ・ あり )	皮下溢血 ( なし ・ あり )	皮膚菲薄化 ( なし ・ あり )		
	耐糖能低下 ( なし ・ あり )				
その他の特記すべき症状 ( なし ・ あり → 所見: )					

2.検査所見						
診 断 の 根 拠 と な っ た 主 な 検 査 等 の 結 果	継続申請の場合は現在の状況を記載					
	血液検査					
	ACTH ( ) pg/mL					
	コルチゾール ( ) μg/dL					
	デキサメサゾン抑制試験 (0.5 mg)	コルチゾール	前値 ( ) μg/dL	負荷後 ( ) μg/dL		
	デキサメサゾン抑制試験 (8mg)	コルチゾール	前値 ( ) μg/dL	負荷後 ( ) μg/dL		
	尿検査					
	尿中遊離コルチゾール ( ) μg/day					
	画像検査					
	下垂体腺腫 ( なし ・ あり )					
副腎腫瘍 ( なし ・ あり )						
その他の腫瘍 ( なし ・ あり → 診断: )						
副腎シンチグラフィ ( 未実施 ・ 実施 → 所見: )						

3.その他の所見					
その他の現在の所見など	合併症 ( なし ・ あり → 詳細: )				

4.経 過					
現在までの主な治療	薬物療法など ( なし ・ あり → 補充療法 ・ 機能抑制療法 ・ 他の薬物療法 ・ 運動制限 ・ 手術予定あり ・ 術後 )				

5.今後の療方針					
就学・就労	1. 就学前 2. 小中学校 ( 通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級 ) 3. 特別支援学校 ( 小中学部 ・ 専攻科を含む高等部 ) 4. 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 5. 大学 ( 短期大学を含む ) 6. 就労 ( 就学中の就労も含む ) 7. 未就学かつ未就労 8. その他 ( )				
現状評価	一つに○印 : 治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能 小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当: しない ・ する ・ 不明 人工呼吸器等装着者認定基準に該当: しない ・ する ・ 不明				
治療見込期間	入院	年 月 日 から 年 月 日 まで			
	通院	年 月 日 から 年 月 日 まで ( 月 回 )			

上記の通り診断します。					
平成 年 月 日			医療機関名 および 所在地		
医師名			科		
小児慢性特定疾病指定医番号					

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入  
※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入

告示番号	13	内分泌疾患	平成( )年度	小児慢性特定疾病	医療意見書
受給者番号( )	新規登録 ・ 継続 ・ 転入 ( 転出地: )				
患者	ふりがな 氏名	男・女	生年月日	平成 年 月 日 ( 満 歳 )	
出生都道府県 <sup>※1</sup>	出生体重	g		出生週数	在胎 週
現在の身長 <sup>※2</sup>	cm	現在の体重 <sup>※2</sup>	kg	母の生年月日	昭和 平成 年 月 日
発病	年 月 頃	初診日	年 月 日		
大分類病名	18 クッシング (Cushing) 症候群	細分類病名	36	副腎皮質結節性過形成	

該当するものに○をつけ、必要な場合 ( ) に記載

1. 臨床所見					
現在の 症 状	身長・体重の測定日 ( ) 年 月 日)	現在の身長 ( ) SD	現在の体重 ( ) SD		
	満月様顔貌 ( なし ・ あり )	中心性肥満または水牛様脂肪沈着 ( なし ・ あり )	皮膚線条 ( なし ・ あり )		
	筋力低下 ( なし ・ あり )	成長障害 ( なし ・ あり )	高血圧 ( なし ・ あり )		
	月経異常 ( なし ・ あり )	痤瘡 ( なし ・ あり )	多毛 ( なし ・ あり )		
	浮腫 ( なし ・ あり )	骨粗鬆症 ( なし ・ あり )	色素沈着 ( なし ・ あり )		
	精神異常 ( なし ・ あり )	皮下溢血 ( なし ・ あり )	皮膚菲薄化 ( なし ・ あり )		
	耐糖能低下 ( なし ・ あり )				
	その他の特記すべき症状 ( なし ・ あり → 所見: )				

2. 検査所見					
診 断 の 根 拠 と な っ た 主 な 検 査 等 の 結 果	継続申請の場合は現在の状況を記載				
	<b>血液検査</b>				
	ACTH ( ) pg/mL				
	コルチゾール ( ) μg/dL				
	デキサメサゾン抑制試験 (0.5 mg)	コルチゾール	前値 ( ) μg/dL	負荷後 ( ) μg/dL	
	デキサメサゾン抑制試験 (8mg)	コルチゾール	前値 ( ) μg/dL	負荷後 ( ) μg/dL	
	<b>尿検査</b>				
	尿中遊離コルチゾール ( ) μg/day				
	<b>画像検査</b>				
	下垂体腺腫 ( なし ・ あり )				
副腎腫瘍 ( なし ・ あり )					
両側副腎皮質過形成 ( なし ・ あり )					
その他の腫瘍 ( なし ・ あり → 診断: )					
副腎シンチグラフィ ( 未実施 ・ 実施 → 所見: )					

3. その他の所見					
その他の現在の所見など	合併症 ( なし ・ あり → 詳細: )				

4. 経過					
現在までの主な治療	薬物療法など ( なし ・ あり → 補充療法 ・ 機能抑制療法 ・ 他の薬物療法 ・ 運動制限 ・ 手術予定あり ・ 術後 )				

5. 今後の療方針					
就学・就労	1. 就学前 2. 小中学校 ( 通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級 ) 3. 特別支援学校 ( 小中学部 ・ 専攻科を含む高等部 ) 4. 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 5. 大学 ( 短期大学を含む ) 6. 就労 ( 就学中の就労も含む ) 7. 未就学かつ未就労 8. その他 ( )				
現状評価	一つに○印 : 治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能 小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当: しない ・ する ・ 不明 人工呼吸器等装着者認定基準に該当: しない ・ する ・ 不明				
治療見込期間	入院	年 月 日 から 年 月 日 まで			
	通院	年 月 日 から 年 月 日 まで ( 月 回 )			

上記の通り診断します。					
医療機関名			科		
および					
所在地					
平成 年 月 日	医師名		印		
小児慢性特定疾病指定医番号					

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入  
※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入

告示番号 14 内分泌疾患 平成 ( ) 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書

受給者番号 ( )		新規登録 ・ 継続 ・ 転入 ( 転出地 : )			
患者	ふりがな 氏名	男 ・ 女	生年月日	平成 年 月 日 ( 満 歳 )	
出生都道府県 <sup>※1</sup>		出生体重	g	出生週数	在胎 週
現在の身長 <sup>※2</sup>	cm	現在の体重 <sup>※2</sup>	kg	母の生年月日	昭和 平成 年 月 日
発病	年 月 頃	初診日	年 月 日		
大分類病名	18 クッシング (Cushing) 症候群	細分類病名	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	
該当するものに○をつけ、必要な場合 ( ) に記載			具体的な疾患名		

1. 臨床所見

現在の症状	身長・体重の測定日 ( 年 月 日 )	現在の身長 ( ) SD	現在の体重 ( ) SD
	満月様顔貌 ( なし ・ あり )	中心性肥満または水牛様脂肪沈着 ( なし ・ あり )	皮膚線条 ( なし ・ あり )
	筋力低下 ( なし ・ あり )	成長障害 ( なし ・ あり )	高血圧 ( なし ・ あり )
	月経異常 ( なし ・ あり )	痤瘡 ( なし ・ あり )	多毛 ( なし ・ あり )
	浮腫 ( なし ・ あり )	骨粗鬆症 ( なし ・ あり )	色素沈着 ( なし ・ あり )
	精神異常 ( なし ・ あり )	皮下溢血 ( なし ・ あり )	皮膚非薄化 ( なし ・ あり )
	耐糖能低下 ( なし ・ あり )		
	その他の特記すべき症状 ( なし ・ あり → 所見 : )		

2. 検査所見

診断の根拠となった主な検査等の結果	継続申請の場合は現在の状況を記載			
	<b>血液検査</b>			
	ACTH ( ) pg/mL			
	コルチゾール ( ) μg/dL			
	デキサメサゾン抑制試験 (0.5 mg)	コルチゾール	前値 ( ) μg/dL	負荷後 ( ) μg/dL
	デキサメサゾン抑制試験 (8mg)	コルチゾール	前値 ( ) μg/dL	負荷後 ( ) μg/dL
	<b>尿検査</b>			
	尿中遊離コルチゾール ( ) μg/day			
	<b>画像検査</b>			
	下垂体腺腫 ( なし ・ あり )			
副腎腫瘍 ( なし ・ あり )				
両側副腎皮質過形成 ( なし ・ あり )				
その他の腫瘍 ( なし ・ あり → 診断 : )				
副腎シンチグラフィ ( 未実施 ・ 実施 → 所見 : )				

3. その他の所見

その他の現在の所見など	合併症 ( なし ・ あり → 詳細 : )
-------------	------------------------

4. 経過

現在までの主な治療	薬物療法など ( なし ・ あり → 補充療法 ・ 機能抑制療法 ・ 他の薬物療法 ・ 運動制限 ・ 手術予定あり ・ 術後 )
-----------	--

5. 今後の療方針

就学・就労	1. 就学前 2. 小中学校 ( 通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級 ) 3. 特別支援学校 ( 小中学部 ・ 専攻科を含む高等部 ) 4. 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 5. 大学 ( 短期大学を含む ) 6. 就労 ( 就学中の就労も含む ) 7. 未就学かつ未就労 8. その他 ( )
現状評価	一つに○印 : 治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能 小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当 : しない ・ する ・ 不明 人工呼吸器等装着者認定基準に該当 : しない ・ する ・ 不明
治療見込期間	入院 年 月 日から 年 月 日まで 通院 年 月 日から 年 月 日まで ( 月 回 )

上記の通り診断します。

医療機関名  
および  
所在地

平成 年 月 日 医師名 科 印

小児慢性特定疾病指定医番号

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入  
※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入

告示番号 86 内分泌疾患 平成( )年度 小児慢性特定疾病 医療意見書

受給者番号 ( )		新規登録 ・ 継続 ・ 転入 ( 転出地 : )	
患者	ふりがな 氏名	男 ・ 女	生年月日 平成 年 月 日 ( 満 歳 )
出生都道府県 <sup>※1</sup>	出生体重	g	出生週数 在胎 週
現在の身長 <sup>※2</sup>	cm	現在の体重 <sup>※2</sup>	kg 母の生年月日 昭和 平成 年 月 日
発病	年 月 頃	初診日	年 月 日
大分類病名	19 慢性副腎皮質機能低下症	細分類病名	38 副腎皮質刺激ホルモン (ACTH) 単独欠損症

該当するものに○をつけ、必要な場合 ( ) に記載

**1. 臨床所見**

現在の 症 状	身長・体重の測定日 ( 年 月 日 )	現在の身長 ( ) SD	現在の体重 ( ) SD
	哺乳力低下 ( なし ・ あり )	嘔吐 ( なし ・ あり )	体重増加不良 ( なし ・ あり )
	脱水 ( なし ・ あり )	意識障害 ( なし ・ あり )	ショック ( なし ・ あり )
	低血糖 ( なし ・ あり )		
	収縮期圧 ( ) mmHg	拡張期圧 ( ) mmHg	
その他の特記すべき症状 ( なし ・ あり → 所見 : )			

**2. 検査所見**

診 断 の 根 拠 と な っ た 主 な 検 査 等 の 結 果	継続申請の場合は現在の状況を記載		
	<b>血液検査</b>		
	Na ( ) mEq/L	K ( ) mEq/L	
	血糖 ( ) mg/dL		
	ACTH ( ) pg/mL	コルチゾール ( ) μg/dL	
	<b>CRH負荷試験</b>		
	ACTH頂値 ( ) pg/mL	コルチゾール頂値 ( ) μg/dL	
	<b>インスリン負荷試験</b>		
	ACTH頂値 ( ) pg/mL	コルチゾール頂値 ( ) μg/dL	
	<b>尿検査</b>		
尿中遊離コルチゾール ( ) μg/day			
<b>画像検査</b>			
中枢神経所見 ( なし ・ あり → 所見 : )			

**3. その他の所見**

その他の現在の所見など	合併症 ( なし ・ あり → 詳細 : )
-------------	------------------------

**4. 経過**

現在までの主な治療	薬物療法など ( なし ・ あり → 補充療法 ・ 機能抑制療法 ・ 他の薬物療法 ・ 運動制限 ・ 手術予定あり ・ 術後 )
-----------	--

**5. 今後の療方針**

就学・就労	1. 就学前 2. 小中学校 ( 通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級 ) 3. 特別支援学校 ( 小中学部 ・ 専攻科を含む高等部 ) 4. 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 5. 大学 ( 短期大学を含む ) 6. 就労 ( 就学中の就労も含む ) 7. 未就学かつ未就労 8. その他 ( )
現状評価	一つに○印 : 治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能 小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当 : しない ・ する ・ 不明 人工呼吸器等装着者認定基準に該当 : しない ・ する ・ 不明
治療見込期間	入院 年 月 日から 年 月 日まで 通院 年 月 日から 年 月 日まで ( 月 回 )

上記の通り診断します。

医療機関名  
および  
所在地

平成 年 月 日 医師名 科 印

小児慢性特定疾病指定医番号

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入  
※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入

告示番号	87	内分泌疾患	平成( )年度	小児慢性特定疾病	医療意見書
受給者番号( )	新規登録 ・ 継続 ・ 転入 ( 転出地: )				
患者	ふりがな 氏名	男・女	生年月日	平成 年 月 日 (満 歳)	
出生都道府県 <sup>※1</sup>	出生体重	g		出生週数	在胎 週
現在の身長 <sup>※2</sup>	cm	現在の体重 <sup>※2</sup>	kg	母の生年月日	昭和 平成 年 月 日
発病	年 月 頃	初診日	年 月 日		
大分類病名	19 慢性副腎皮質機能低下症	細分類病名	39	副腎皮質刺激ホルモン (ACTH) 不応症	

該当するものに○をつけ、必要な場合( )に記載

1. 臨床所見					
現在の 症 状	身長・体重の測定日 ( ) 年 月 日)	現在の身長 ( ) SD	現在の体重 ( ) SD		
	哺乳力低下 ( なし ・ あり )	嘔吐 ( なし ・ あり )	体重増加不良 ( なし ・ あり )		
	脱水 ( なし ・ あり )	意識障害 ( なし ・ あり )	ショック ( なし ・ あり )		
	低血糖 ( なし ・ あり )	色素沈着 ( なし ・ あり )	無涙症 ( なし ・ あり )		
	アカラシア ( なし ・ あり )	精神運動発達遅延 ( なし ・ あり )			
	収縮期圧 ( ) mmHg	拡張期圧 ( ) mmHg			
	その他の特記すべき症状 ( なし ・ あり → 所見: )				

2. 検査所見					
診 断 の 根 拠 と な っ た 主 な 検 査 等 の 結 果	継続申請の場合は現在の状況を記載				
	<b>血液検査</b>				
	Na ( ) mEq/L	K ( ) mEq/L	Cl ( ) mEq/L		
	血糖 ( ) mg/dL				
	ACTH ( ) pg/mL				
	コルチゾール ( ) μg/dL				
	アルドステロン ( ) pg/mL				
	レニン活性(PRA) ( ) ng/mL/hr	レニン定量(活性型) ( ) pg/mL			
	<b>尿検査</b>				
	尿中遊離コルチゾール ( ) μg/day				
<b>画像検査</b>					
副腎所見 ( なし ・ あり → 所見: )					
<b>遺伝子検査</b> ( 未実施 ・ 実施 → 詳細: )					

3. その他の所見					
その他の現在の所見など	合併症 ( なし ・ あり → 詳細: )				

4. 経過					
現在までの主な治療	薬物療法など ( なし ・ あり → 補充療法 ・ 機能抑制療法 ・ 他の薬物療法 ・ 運動制限 ・ 手術予定あり ・ 術後 )				

5. 今後の療方針					
就学・就労	1. 就学前 2. 小中学校 ( 通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級 ) 3. 特別支援学校 ( 小中学部 ・ 専攻科を含む高等部 ) 4. 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 5. 大学 ( 短期大学を含む ) 6. 就労 ( 就学中の就労も含む ) 7. 未就学かつ未就労 8. その他 ( )				
現状評価	一つに○印 : 治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能 小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当: しない ・ する ・ 不明 人工呼吸器等装着者認定基準に該当: しない ・ する ・ 不明				
治療見込期間	入院	年 月 日 から	年 月 日 まで		
	通院	年 月 日 から	年 月 日 まで	( 月 回 )	

上記の通り診断します。					
平成 年 月 日			医療機関名 および 所在地		
			科		
			医師名		
			印		
小児慢性特定疾病指定医番号					

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入  
※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入

告示番号	85	内分泌疾患	平成( )年度	小児慢性特定疾病	医療意見書
受給者番号( )	新規登録 ・ 継続 ・ 転入 ( 転出地: )				
患者	ふりがな 氏名	男・女	生年月日	平成 年 月 日 ( 満 歳 )	
出生都道府県※1		出生体重	g	出生週数	在胎 週
現在の身長※2	cm	現在の体重※2	kg	母の生年月日	昭和 平成 年 月 日
発病	年 月 頃	初診日	年 月 日		
大分類病名	19	慢性副腎皮質機能低下症	細分類病名	40	先天性副腎低形成症

該当するものに○をつけ、必要な場合( )に記載

1.臨床所見					
現在の 症 状	身長・体重の測定日 ( ) 年 月 日)	現在の身長 ( ) SD	現在の体重 ( ) SD		
	哺乳力低下 ( なし ・ あり )	嘔吐 ( なし ・ あり )	体重増加不良 ( なし ・ あり )		
	脱水 ( なし ・ あり )	意識障害 ( なし ・ あり )	ショック ( なし ・ あり )		
	低血糖 ( なし ・ あり )	色素沈着 ( なし ・ あり )	易疲労 ( なし ・ あり )		
	腹痛 ( なし ・ あり )				
	血圧 収縮期圧 ( ) mmHg	拡張期圧 ( ) mmHg			
その他の特記すべき症状 ( なし ・ あり → 所見: )					

2.検査所見					
診 断 の 根 拠 と な っ た 主 な 検 査 等 の 結 果	継続申請の場合は現在の状況を記載				
	<b>血液検査</b>				
	Na ( ) mEq/L	K ( ) mEq/L	Cl ( ) mEq/L		
	血糖 ( ) mg/dL				
	ACTH ( ) pg/mL				
	コルチゾール ( ) µg/dL				
	アルドステロン ( ) pg/mL				
	レニン活性(PRA) ( ) ng/mL/hr	レニン定量(活性型) ( ) pg/mL			
	<b>尿検査</b>				
	尿中遊離コルチゾール ( ) µg/day				
尿中アルドステロン ( ) µg/day					
<b>画像検査</b>					
副腎低形成 ( なし ・ あり )					
<b>遺伝学的検査</b>					
染色体検査 ( なし ・ あり → 詳細: )					
遺伝子診断 ( なし ・ あり → 詳細: )					

3.その他の所見					
その他の現在の所見など	合併症 ( なし ・ あり → 詳細: )				

4.経 過					
現在までの治療	薬物療法など ( なし ・ あり → 補充療法 ・ 機能抑制療法 ・ 他の薬物療法 ・ 運動制限 ・ 手術予定あり ・ 術後 )				

5.今後の療方針					
就学・就労	1. 就学前 2. 小中学校 ( 通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級 ) 3. 特別支援学校 ( 小中学部 ・ 専攻科を含む高等部 ) 4. 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 5. 大学 ( 短期大学を含む ) 6. 就労 ( 就学中の就労も含む ) 7. 未就学かつ未就労 8. その他 ( )				
現状評価	一つに○印 : 治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能 小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当: しない ・ する ・ 不明 人工呼吸器等装着者認定基準に該当: しない ・ する ・ 不明				
治療見込期間	入院	年 月 日 から	年 月 日 まで		
	通院	年 月 日 から	年 月 日 まで	( 月 回 )	

上記の通り診断します。					
医療機関名 および 所在地			科		
平成 年 月 日	医師名			印	
小児慢性特定疾病指定医番号					

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入  
※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入



告示番号	84	内分泌疾患	平成( )年度	小児慢性特定疾病	医療意見書
受給者番号( )	新規登録 ・ 継続 ・ 転入 ( 転出地: )				
患者	ふりがな 氏名	男・女	生年月日	平成 年 月 日 (満 歳)	
出生都道府県※1		出生体重	g	出生週数	在胎 週
現在の身長※2	cm	現在の体重※2	kg	母の生年月日	昭和 平成 年 月 日
発病	年 月 頃	初診日	年 月 日		
大分類病名	19 慢性副腎皮質機能低下症	細分類病名	41	グルココルチコイド抵抗症	

該当するものに○をつけ、必要な場合( )に記載

1.臨床所見					
現在の 症状	身長・体重の測定日 ( 年 月 日)				
	現在の身長 ( ) SD		現在の体重 ( ) SD		
	易疲労 ( なし ・ あり )	四肢麻痺 ( なし ・ あり )	筋力低下 ( なし ・ あり )		
	多飲 ( なし ・ あり )	多尿 ( なし ・ あり )	思春期早発 ( なし ・ あり )		
	外性器異常 ( なし ・ あり )	瘰癧 ( なし ・ あり )	多毛 ( なし ・ あり )		
	月経不順 ( なし ・ あり )				
	収縮期圧 ( ) mmHg	拡張期圧 ( ) mmHg			
	その他の特記すべき症状 ( なし ・ あり → 所見: )				

2.検査所見						
診断の 根拠とな った主な 検査等 の結果	継続申請の場合は現在の状況を記載					
	血液検査					
	Na ( ) mEq/L	K ( ) mEq/L	Cl ( ) mEq/L			
	ACTH ( ) pg/mL					
	コルチゾール ( ) µg/dL					
	アルドステロン ( ) pg/mL					
	レニン活性(PRA) ( ) ng/mL/hr	レニン定量(活性型) ( ) pg/mL				
	尿検査					
	尿中遊離コルチゾール ( ) µg/day					
	尿中アルドステロン ( ) µg/day					
尿中Na ( ) mEq/L	尿中K ( ) mEq/L					
画像検査						
副腎腫大 ( なし ・ あり )						
遺伝学的検査						
染色体検査 ( なし ・ あり → 詳細: )						
遺伝子診断 ( なし ・ あり → 詳細: )						

3.その他の所見					
その他の 現在の 所見など	合併症 ( なし ・ あり → 詳細: )				

4.経過					
現在 までの 治療	薬物療法など ( なし ・ あり → 補充療法 ・ 機能抑制療法 ・ 他の薬物療法 ・ 運動制限 ・ 手術予定あり ・ 術後 )				

5.今後の療方針					
就学・就労	1. 就学前 2. 小中学校 ( 通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級 ) 3. 特別支援学校 ( 小中学部 ・ 専攻科を含む高等部 ) 4. 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 5. 大学 ( 短期大学を含む ) 6. 就労 ( 就学中の就労も含む ) 7. 未就学かつ未就労 8. その他 ( )				
現状評価	一つに○印: 治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能 小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当: しない ・ する ・ 不明 人工呼吸器等装着者認定基準に該当: しない ・ する ・ 不明				
治療見込期間	入院	年 月 日 から	年 月 日 まで		
	通院	年 月 日 から	年 月 日 まで	( 月 回 )	

上記の通り診断します。					
平成 年 月 日			医療機関名 および 所在地		
			科		
			医師名		
			印		
小児慢性特定疾病指定医番号					

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入  
※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入

告示番号 **88** 内分泌疾患 平成 ( ) 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書

受給者番号 ( )		新規登録 ・ 継続 ・ 転入 ( 転出地 : )	
患者	ふりがな 氏名	男 ・ 女	生年月日 平成 年 月 日 ( 満 歳 )
出生都道府県 <sup>※1</sup>	出生体重	g	出生週数 在胎 週
現在の身長 <sup>※2</sup>	cm	現在の体重 <sup>※2</sup>	kg 母の生年月日 昭和 平成 年 月 日
発病	年 月 頃	初診日	年 月 日
大分類病名	19 慢性副腎皮質機能低下症	細分類病名	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。）

該当するものに○をつけ、必要な場合 ( ) に記載

1. 臨床所見

現在の 症状	身長・体重の測定日 ( 年 月 日 )	現在の身長 ( ) SD	現在の体重 ( ) SD
	哺乳力低下 ( なし ・ あり )	嘔吐 ( なし ・ あり )	体重増加不良 ( なし ・ あり )
	脱水 ( なし ・ あり )	意識障害 ( なし ・ あり )	ショック ( なし ・ あり )
	低血糖 ( なし ・ あり )	色素沈着 ( なし ・ あり )	易疲労 ( なし ・ あり )
	腹痛 ( なし ・ あり )		
	収縮期圧 ( ) mmHg	拡張期圧 ( ) mmHg	
	その他の特記すべき症状 ( なし ・ あり → 所見 : )		

2. 検査所見

診断の 根拠と なった 主な 検査等 の結果	継続申請の場合は現在の状況を記載			
	<b>血液検査</b>			
	Na ( ) mEq/L	K ( ) mEq/L	Cl ( ) mEq/L	
	ACTH ( ) pg/mL	血糖 ( ) mg/dL		
	アルドステロン ( ) pg/mL			
	コルチゾール ( ) µg/dL			
	レニン活性(PRA) ( ) ng/mL/hr	レニン定量(活性型) ( ) pg/mL		
	DHEA-S ( ) µg/dL			
	抗副腎抗体 ( 未実施 ・ なし ・ あり → 詳細 : )			
	<b>尿検査</b>			
尿中遊離コルチゾール ( ) µg/day				
尿中アルドステロン ( ) µg/day				
<b>画像検査</b>				
副腎低形成 ( なし ・ あり )				
<b>遺伝学的検査</b>				
染色体検査 ( なし ・ あり → 詳細 : )				
遺伝子診断 ( なし ・ あり → 詳細 : )				

3. その他の所見

その他の 現在の 所見など	合併症 ( なし ・ あり → 詳細 : )
---------------------	------------------------

4. 経過

現在 までの 治療	薬物療法など ( なし ・ あり → 補充療法 ・ 機能抑制療法 ・ 他の薬物療法 ・ 運動制限 ・ 手術予定あり ・ 術後 )
-----------------	--

5. 今後の療の方針

就学・就労	1. 就学前 2. 小中学校 ( 通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級 ) 3. 特別支援学校 ( 小中学部 ・ 専攻科を含む高等部 ) 4. 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 5. 大学 ( 短期大学を含む ) 6. 就労 ( 就学中の就労も含む ) 7. 未就学かつ未就労 8. その他 ( )
現状評価	一つに○印 : 治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能 小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当 : しない ・ する ・ 不明 人工呼吸器等装着者認定基準に該当 : しない ・ する ・ 不明
治療見込期間	入院 年 月 日から 年 月 日まで 通院 年 月 日から 年 月 日まで ( 月 回 )

上記の通り診断します。

医療機関名  
および  
所在地

平成 年 月 日 医師名 科 印

小児慢性特定疾病指定医番号

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入  
※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入

告示番号	1	内分泌疾患	平成( )年度	小児慢性特定疾病	医療意見書
受給者番号( )	新規登録 ・ 継続 ・ 転入 ( 転出地: )				
患者	ふりがな 氏名	男・女	生年月日	平成	年 月 日 ( 満 歳 )
出生都道府県 <sup>※1</sup>		出生体重	g	出生週数	在胎 週
現在の身長 <sup>※2</sup>	cm	現在の体重 <sup>※2</sup>	kg	母の生年月日	昭和 平成 年 月 日
発病	年 月 頃	初診日	年 月 日		
大分類病名	20	アルドステロン症	細分類病名	43	アルドステロン症

該当するものに○をつけ、必要な場合( )に記載

1. 臨床所見					
現在の 症状	身長・体重の測定日 ( ) 年 月 日)				
	現在の身長 ( ) SD	現在の体重 ( ) SD			
	頭痛 ( なし ・ あり )	嘔吐 ( なし ・ あり )	しびれ ( なし ・ あり )		
	筋力低下 ( なし ・ あり )	四肢麻痺 ( なし ・ あり )	多飲 ( なし ・ あり )		
	多尿 ( なし ・ あり )				
血压	収縮期圧 ( ) mmHg	拡張期圧 ( ) mmHg			
その他の特記すべき症状 ( なし ・ あり → 所見: )					

2. 検査所見						
診断の 根拠と なった 主な 検査等 の結果	継続申請の場合は現在の状況を記載					
	<b>血液検査</b>					
	Na ( ) mEq/L	K ( ) mEq/L	Cl ( ) mEq/L			
	BUN ( ) mg/dL	Cre ( ) mg/dL				
	アルドステロン ( ) pg/mL					
	レニン活性(PRA) ( ) ng/mL/hr	レニン定量(活性型) ( ) pg/mL				
	<b>尿検査</b>					
	尿中アルドステロン ( ) µg/day					
	尿中Na ( ) mEq/L	尿中K ( ) mEq/L				
	<b>画像検査</b>					
副腎腺腫 ( なし ・ あり )						

3. その他の所見					
その他の 現在の 所見など	合併症 ( なし ・ あり → 詳細: )				

4. 経過					
現在 までの 治療	薬物療法など ( なし ・ あり → 補充療法 ・ 機能抑制療法 ・ 他の薬物療法 ・ 運動制限 ・ 手術予定あり ・ 術後 )				

5. 今後の療方針					
就学・就労	1. 就学前 2. 小中学校 ( 通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級 ) 3. 特別支援学校 ( 小中学部 ・ 専攻科を含む高等部 ) 4. 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 5. 大学 ( 短期大学を含む ) 6. 就労 ( 就学中の就労も含む ) 7. 未就学かつ未就労 8. その他 ( )				
現状評価	一つに○印 : 治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能 小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当: しない ・ する ・ 不明 人工呼吸器等装着者認定基準に該当: しない ・ する ・ 不明				
治療見込期間	入院	年 月 日 から	年 月 日 まで		
	通院	年 月 日 から	年 月 日 まで	( 月 回 )	

上記の通り診断します。					
平成 年 月 日			医療機関名 および 所在地	科	印
			医師名		
小児慢性特定疾病指定医番号					

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入  
※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入

告示番号 89		内分泌疾患		平成 ( ) 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書	
受給者番号 ( )		新規登録 ・ 継続 ・ 転入 ( 転出地 : )			
患者	ふりがな 氏名	男・女	生年月日	平成 年 月 日 ( 満 歳 )	
出生都道府県 <sup>※1</sup>		出生体重	g	出生週数	在胎 週
現在の身長 <sup>※2</sup>	cm	現在の体重 <sup>※2</sup>	kg	母の生年月日	昭和 平成 年 月 日
発病	年 月 頃	初診日	年 月 日		
大分類病名	21 見かけの鉱質コルチコイド過剰症候群 (AME症候群)	細分類病名	44	見かけの鉱質コルチコイド過剰症候群 (AME症候群)	

該当するものに○をつけ、必要な場合 ( ) に記載

1. 臨床所見					
現在の 症状	身長・体重の測定日 ( ) 年 月 日	現在の身長 ( ) SD	現在の体重 ( ) SD		
	頭痛 ( なし ・ あり )	嘔吐 ( なし ・ あり )	しびれ ( なし ・ あり )		
	筋力低下 ( なし ・ あり )	四肢麻痺 ( なし ・ あり )	多飲 ( なし ・ あり )		
	多尿 ( なし ・ あり )	子宮内発育遅延 ( なし ・ あり )	成長障害 ( なし ・ あり )		
	収縮期圧 ( ) mmHg	拡張期圧 ( ) mmHg			
その他の特記すべき症状 ( なし ・ あり → 所見 : )					

2. 検査所見						
診断の 根拠と なった 主な 検査等 の結果	継続申請の場合は現在の状況を記載					
	血液検査					
	Na ( ) mEq/L	K ( ) mEq/L	Cl ( ) mEq/L			
	BUN ( ) mg/dL	Cre ( ) mg/dL				
	pH ( )					
	ACTH ( ) pg/mL					
	コルチゾール ( ) μg/dL					
	アルドステロン ( ) pg/mL					
	レニン活性(PRA) ( ) ng/mL/hr	レニン定量 (活性型) ( ) pg/mL				
	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 ( )						
尿中Na ( ) mEq/L	尿中K ( ) mEq/L					
画像検査						
副腎腺腫 ( なし ・ あり )						
遺伝子検査 ( 未実施 ・ 実施 → 詳細 : )						

3. その他の所見					
その他の 現在の 所見など	合併症 ( なし ・ あり → 詳細 : )				

4. 経過					
現在 までの 治療	薬物療法など ( なし ・ あり → 補充療法 ・ 機能抑制療法 ・ 他の薬物療法 ・ 運動制限 ・ 手術予定あり ・ 術後 )				

5. 今後の療方針					
就学・就労	1. 就学前 2. 小中学校 ( 通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級 ) 3. 特別支援学校 ( 小中学部 ・ 専攻科を含む高等部 ) 4. 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 5. 大学 ( 短期大学を含む ) 6. 就労 ( 就学中の就労も含む ) 7. 未就学かつ未就労 8. その他 ( )				
現状評価	一つに○印 : 治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能 小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当 : しない ・ する ・ 不明 人工呼吸器等装着者認定基準に該当 : しない ・ する ・ 不明				
治療見込期間	入院	年 月 日 から	年 月 日 まで		
	通院	年 月 日 から	年 月 日 まで	( 月 回 )	

上記の通り診断します。					
医療機関名 および 所在地			科		
平成 年 月 日	医師名		印		
小児慢性特定疾病指定医番号					

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入  
※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入

告示番号	90	内分泌疾患	平成( )年度	小児慢性特定疾病	医療意見書
受給者番号( )	新規登録 ・ 継続 ・ 転入 ( 転出地: )				
患者	ふりがな 氏名	男・女	生年月日	平成 年 月 日 (満 歳)	
出生都道府県 <sup>※1</sup>		出生体重	g	出生週数	在胎 週
現在の身長 <sup>※2</sup>	cm	現在の体重 <sup>※2</sup>	kg	母の生年月日	昭和 平成 年 月 日
発病	年 月 頃	初診日	年 月 日		
大分類病名	22 リドル (Liddle) 症候群	細分類病名	45	リドル (Liddle) 症候群	

該当するものに○をつけ、必要な場合( )に記載

1. 臨床所見					
現在の 症状	身長・体重の測定日 ( 年 月 日)				
	現在の身長 ( ) SD		現在の体重 ( ) SD		
	頭痛 ( なし ・ あり )	嘔吐 ( なし ・ あり )	しびれ ( なし ・ あり )		
	筋力低下 ( なし ・ あり )	四肢麻痺 ( なし ・ あり )	多飲 ( なし ・ あり )		
	多尿 ( なし ・ あり )				
	収縮期圧 ( ) mmHg	拡張期圧 ( ) mmHg			
	その他の特記すべき症状 ( なし ・ あり → 所見: )				

2. 検査所見						
診断の 根拠と なった 主な 検査等 の結果	継続申請の場合は現在の状況を記載					
	血液検査					
	Na ( ) mEq/L	K ( ) mEq/L	Cl ( ) mEq/L			
	BUN ( ) mg/dL	Cre ( ) mg/dL				
	pH ( )					
	アルドステロン ( ) pg/mL					
	レニン活性(PRA) ( ) ng/mL/hr	レニン定量(活性型) ( ) pg/mL				
	尿検査					
	尿中アルドステロン ( ) μg/day					
	画像検査					
副腎腫瘍 ( なし ・ あり )						
遺伝子検査 ( 未実施 ・ 実施 → 詳細: )						

3. その他の所見					
その他の 現在の 所見など	合併症 ( なし ・ あり → 詳細: )				

4. 経過					
現在 までの 治療	薬物療法など ( なし ・ あり → 補充療法 ・ 機能抑制療法 ・ 他の薬物療法 ・ 運動制限 ・ 手術予定あり ・ 術後 )				

5. 今後の療の方針					
就学・就労	1. 就学前 2. 小中学校 ( 通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級 ) 3. 特別支援学校 ( 小中学部 ・ 専攻科を含む高等部 ) 4. 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 5. 大学 ( 短期大学を含む ) 6. 就労 ( 就学中の就労も含む ) 7. 未就学かつ未就労 8. その他 ( )				
現状評価	一つに○印 : 治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能 小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当: しない ・ する ・ 不明 人工呼吸器等装着者認定基準に該当: しない ・ する ・ 不明				
治療見込期間	入院	年 月 日 から	年 月 日 まで		
	通院	年 月 日 から	年 月 日 まで	( 月 回 )	

上記の通り診断します。					
平成 年 月 日			医療機関名 および 所在地		
医師名			科		
小児慢性特定疾病指定医番号					

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入  
※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入

告示番号	70	内分泌疾患	平成( )年度	小児慢性特定疾病	医療意見書
受給者番号( )	新規登録 ・ 継続 ・ 転入 ( 転出地: )				
患者	ふりがな 氏名	男・女	生年月日	平成 年 月 日 ( 満 歳 )	
出生都道府県 <sup>※1</sup>		出生体重	g	出生週数	在胎 週
現在の身長 <sup>※2</sup>	cm	現在の体重 <sup>※2</sup>	kg	母の生年月日	昭和 平成 年 月 日
発病	年 月 頃	初診日	年 月 日		
大分類病名	23	低アルドステロン症	細分類病名	46	低レニン性低アルドステロン症

該当するものに○をつけ、必要な場合( )に記載

1.臨床所見					
現在の 症状	身長・体重の測定日 ( 年 月 日 )				
	現在の身長 ( ) SD		現在の体重 ( ) SD		
	哺乳力低下 ( なし ・ あり )	嘔吐 ( なし ・ あり )	体重増加不良 ( なし ・ あり )		
	脱水 ( なし ・ あり )	色素沈着 ( なし ・ あり )			
	収縮期圧 ( ) mmHg	拡張期圧 ( ) mmHg			
その他の特記すべき症状 ( なし ・ あり → 所見: )					

2.検査所見						
診断の 根拠と なった 主な 検査等 の結果	継続申請の場合は現在の状況を記載					
	血液検査					
	Na ( ) mEq/L	K ( ) mEq/L	Cl ( ) mEq/L			
	BUN ( ) mg/dL	Cre ( ) mg/dL				
	pH ( )					
	ACTH ( ) pg/mL					
	コルチゾール ( ) μg/dL					
	アルドステロン ( ) pg/mL					
	レニン活性(PRA) ( ) ng/mL/hr	レニン定量(活性型) ( ) pg/mL				
	尿検査					
尿中アルドステロン ( ) μg/day						
尿中Na ( ) mEq/L	尿中K ( ) mEq/L					
画像検査						
副腎過形成 ( なし ・ あり )						

3.その他の所見					
その他の 現在の 所見など	合併症 ( なし ・ あり → 詳細: )				

4.経過					
現在 までの 治療	薬物療法など ( なし ・ あり → 補充療法 ・ 機能抑制療法 ・ 他の薬物療法 ・ 運動制限 ・ 手術予定あり ・ 術後 )				

5.今後の療方針					
就学・就労	1. 就学前 2. 小中学校 ( 通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級 ) 3. 特別支援学校 ( 小中学部 ・ 専攻科を含む高等部 ) 4. 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 5. 大学 ( 短期大学を含む ) 6. 就労 ( 就学中の就労も含む ) 7. 未就学かつ未就労 8. その他 ( )				
現状評価	一つに○印 : 治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能 小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当: しない ・ する ・ 不明 人工呼吸器等装着者認定基準に該当: しない ・ する ・ 不明				
治療見込期間	入院	年 月 日 から	年 月 日 まで		
	通院	年 月 日 から	年 月 日 まで	( 月 回 )	

上記の通り診断します。					
平成 年 月 日			医療機関名 および 所在地		
			科		
			医師名		
			印		
小児慢性特定疾病指定医番号					

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入  
※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入

告示番号	69	内分泌疾患	平成( )年度	小児慢性特定疾病	医療意見書
受給者番号( )	新規登録 ・ 継続 ・ 転入 ( 転出地: )				
患者	ふりがな 氏名	男・女	生年月日	平成 年 月 日 ( 満 歳 )	
出生都道府県 <sup>※1</sup>		出生体重	g	出生週数	在胎 週
現在の身長 <sup>※2</sup>	cm	現在の体重 <sup>※2</sup>	kg	母の生年月日	昭和 平成 年 月 日
発病	年 月 頃	初診日	年 月 日		
大分類病名	23	低アルドステロン症	細分類病名	47	アルドステロン合成酵素欠損症

該当するものに○をつけ、必要な場合( )に記載

1. 臨床所見					
現在の 症 状	身長・体重の測定日 ( ) 年 月 日)	現在の身長 ( ) SD	現在の体重 ( ) SD		
	哺乳力低下 ( なし ・ あり )	嘔吐 ( なし ・ あり )	体重増加不良 ( なし ・ あり )		
	脱水 ( なし ・ あり )	色素沈着 ( なし ・ あり )	ショック ( なし ・ あり )		
	収縮期圧 ( ) mmHg	拡張期圧 ( ) mmHg			
	その他の特記すべき症状 ( なし ・ あり → 所見: )				

2. 検査所見						
診 断 の 根 拠 と な っ た 主 な 検 査 等 の 結 果	継続申請の場合は現在の状況を記載					
	<b>血液検査</b>					
	Na ( ) mEq/L	K ( ) mEq/L	Cl ( ) mEq/L			
	BUN ( ) mg/dL	Cre ( ) mg/dL				
	pH ( )					
	ACTH ( ) pg/mL					
	コルチゾール ( ) μg/dL					
	アルドステロン ( ) pg/mL					
	レニン活性(PRA) ( ) ng/mL/hr	レニン定量(活性型) ( ) pg/mL				
	<b>尿検査</b>					
尿中アルドステロン ( ) μg/day						
尿中Na ( ) mEq/L	尿中K ( ) mEq/L					
<b>画像検査</b>						
副腎過形成 ( なし ・ あり )						
<b>遺伝子検査</b> ( 未実施 ・ 実施 → 詳細: )						

3. その他の所見					
その他の現在の所見など	合併症 ( なし ・ あり → 詳細: )				

4. 経過					
現在までの治療	薬物療法など ( なし ・ あり → 補充療法 ・ 機能抑制療法 ・ 他の薬物療法 ・ 運動制限 ・ 手術予定あり ・ 術後 )				

5. 今後の療の方針					
就学・就労	1. 就学前 2. 小中学校 ( 通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級 ) 3. 特別支援学校 ( 小中学部 ・ 専攻科を含む高等部 ) 4. 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 5. 大学 ( 短期大学を含む ) 6. 就労 ( 就学中の就労も含む ) 7. 未就学かつ未就労 8. その他 ( )				
現状評価	一つに○印 : 治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能 小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当: しない ・ する ・ 不明 人工呼吸器等装着者認定基準に該当: しない ・ する ・ 不明				
治療見込期間	入院	年 月 日 から	年 月 日 まで		
	通院	年 月 日 から	年 月 日 まで	( 月 回 )	

上記の通り診断します。					
平成 年 月 日			医療機関名 および 所在地		
			科		
			医師名		
			印		
小児慢性特定疾病指定医番号					

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入  
※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入

告示番号 **71** 内分泌疾患 平成 ( ) 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書

受給者番号 ( )		新規登録 ・ 継続 ・ 転入 ( 転出地 : )	
患者	ふりがな 氏名	男 ・ 女	生年月日 平成 年 月 日 ( 満 歳 )
出生都道府県 <sup>※1</sup>	出生体重	g	出生週数 在胎 週
現在の身長 <sup>※2</sup>	cm	現在の体重 <sup>※2</sup>	kg 母の生年月日 昭和 平成 年 月 日
発病	年 月 頃	初診日	年 月 日
大分類病名	23 低アルドステロン症	細分類病名	48 46及び47に掲げるもののほか、低アルドステロン症
該当するものに○をつけ、必要な場合 ( ) に記載		具体的な疾患名	

1. 臨床所見

現在の 症 状	身長・体重の測定日 ( 年 月 日 )	現在の身長 ( ) SD	現在の体重 ( ) SD
	哺乳力低下 ( なし ・ あり )	嘔吐 ( なし ・ あり )	体重増加不良 ( なし ・ あり )
	脱水 ( なし ・ あり )	色素沈着 ( なし ・ あり )	
	収縮期圧 ( ) mmHg	拡張期圧 ( ) mmHg	
	その他の特記すべき症状 ( なし ・ あり → 所見 : )		

2. 検査所見

診 断 の 根 拠 と な っ た 主 な 検 査 等 の 結 果	継続申請の場合は現在の状況を記載		
	<b>血液検査</b>		
	Na ( ) mEq/L	K ( ) mEq/L	Cl ( ) mEq/L
	BUN ( ) mg/dL	Cre ( ) mg/dL	
	pH ( )		
	ACTH ( ) pg/mL		
	アルドステロン ( ) pg/mL		
	コルチゾール ( ) µg/dL		
	レニン活性(PRA) ( ) ng/mL/hr	レニン定量(活性型) ( ) pg/mL	
	<b>尿検査</b>		
尿中遊離コルチゾール ( ) µg/day			
尿中アルドステロン ( ) µg/day			
尿中Na ( ) mEq/L	尿中K ( ) mEq/L		
<b>画像検査</b>			
副腎低形成 ( なし ・ あり )			

3. その他の所見

その他の現在の所見など	合併症 ( なし ・ あり → 詳細 : )
-------------	------------------------

4. 経過

現在までの主な治療	薬物療法など ( なし ・ あり → 補充療法 ・ 機能抑制療法 ・ 他の薬物療法 ・ 運動制限 ・ 手術予定あり ・ 術後 )
-----------	--

5. 今後の療方針

就学・就労	1. 就学前 2. 小中学校 ( 通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級 ) 3. 特別支援学校 ( 小中学部 ・ 専攻科を含む高等部 ) 4. 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 5. 大学 ( 短期大学を含む ) 6. 就労 ( 就学中の就労も含む ) 7. 未就学かつ未就労 8. その他 ( )
現状評価	一つに○印 : 治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能 小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当 : しない ・ する ・ 不明 人工呼吸器等装着者認定基準に該当 : しない ・ する ・ 不明
治療見込期間	入院 年 月 日 から 年 月 日 まで 通院 年 月 日 から 年 月 日 まで ( 月 回 )

上記の通り診断します。

医療機関名  
および  
所在地

平成 年 月 日 医師名 科 印

小児慢性特定疾病指定医番号

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入  
※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入



告示番号	7	内分泌疾患	平成( )年度	小児慢性特定疾病	医療意見書
受給者番号( )	新規登録 ・ 継続 ・ 転入 ( 転出地: )				
患者	ふりがな 氏名	男・女	生年月日	平成 年 月 日 (満 歳)	
出生都道府県 <sup>※1</sup>		出生体重	g	出生週数	在胎 週
現在の身長 <sup>※2</sup>	cm	現在の体重 <sup>※2</sup>	kg	母の生年月日	昭和 平成 年 月 日
発病	年 月 頃	初診日	年 月 日		
大分類病名	24 偽性低アルドステロン症	細分類病名	49	偽性低アルドステロン症	
病型	以下から1つを選択 <input type="checkbox"/> 偽性低アルドステロン症1型 全身型 <input type="checkbox"/> 偽性低アルドステロン症1型 腎臓型 <input type="checkbox"/> 偽性低アルドステロン症2型 (ゴードン症候群Gordon syndrome)				

該当するものに○をつけ、必要な場合( )に記載

1. 臨床所見

現在の 症 状	身長・体重の測定日 ( 年 月 日)	現在の身長 ( ) SD	現在の体重 ( ) SD
	哺乳力低下 ( なし ・ あり )	嘔吐 ( なし ・ あり )	吐気 ( なし ・ あり )
	体重増加不良 ( なし ・ あり )	脱水 ( なし ・ あり )	咳 ( なし ・ あり )
	喘鳴 ( なし ・ あり )	多呼吸 ( なし ・ あり )	皮膚症状 ( なし ・ あり )
	筋力低下 ( なし ・ あり )	四肢麻痺 ( なし ・ あり )	歯牙異常 ( なし ・ あり )
	収縮期圧 ( ) mmHg	拡張期圧 ( ) mmHg	
その他の特記すべき症状 ( なし ・ あり → 所見: )			

2. 検査所見

診 断 の 根 拠 と な っ た 主 な 検 査 等 の 結 果	継続申請の場合は現在の状況を記載			
	<b>血液検査</b>			
	Na ( ) mEq/L	K ( ) mEq/L	Cl ( ) mEq/L	
	BUN ( ) mg/dL	Cre ( ) mg/dL		
	pH ( )			
	アルドステロン ( ) pg/mL			
	レニン活性(PRA) ( ) ng/mL/hr	レニン定量(活性型) ( ) pg/mL		
	<b>尿検査</b>			
	尿中アルドステロン ( ) µg/day			
	尿中Na ( ) mEq/L	尿中K ( ) mEq/L		
<b>唾液</b>				
Na ( ) mEq/L	Cl ( ) mEq/L			
<b>汗</b>				
Na ( ) mEq/L	Cl ( ) mEq/L			
<b>遺伝子検査</b> ( 未実施 ・ 実施 → 詳細: )				

3. その他の所見

その他の 現在の 所見など	合併症 ( なし ・ あり → 詳細: )
---------------------	-----------------------

4. 経過

現在 な ま で の 治 療	薬物療法など ( なし ・ あり → 補充療法 ・ 機能抑制療法 ・ 他の薬物療法 ・ 運動制限 ・ 手術予定あり ・ 術後 )
----------------------------------	--

5. 今後の療方針

就学・就労	1. 就学前 2. 小中学校 ( 通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級 ) 3. 特別支援学校 ( 小中学部 ・ 専攻科を含む高等部 ) 4. 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 5. 大学 ( 短期大学を含む ) 6. 就労 ( 就学中の就労も含む ) 7. 未就労かつ未就労 8. その他 ( )
現状評価	一つに○印 : 治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能 小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当: しない ・ する ・ 不明    人工呼吸器等装着者認定基準に該当: しない ・ する ・ 不明
治療見込期間	入院 年 月 日から 年 月 日まで 通院 年 月 日から 年 月 日まで ( 月 回 )

上記の通り診断します。

医療機関名  
および  
所在地

平成 年 月 日 医師名 科 印

小児慢性特定疾病指定医番号

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入  
※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入

告示番号	62	内分泌疾患	平成( )年度	小児慢性特定疾病	医療意見書
受給者番号( )	新規登録 ・ 継続 ・ 転入 ( 転出地: )				
患者	ふりがな 氏名	男・女	生年月日	平成 年 月 日 (満 歳)	
出生都道府県 <sup>※1</sup>		出生体重	g	出生週数	在胎 週
現在の身長 <sup>※2</sup>	cm	現在の体重 <sup>※2</sup>	kg	母の生年月日	昭和 平成 年 月 日
発病	年 月 頃	初診日	年 月 日		
大分類病名	25 先天性副腎過形成症	細分類病名	50	リポイド副腎過形成症	

該当するものに○をつけ、必要な場合( )に記載

1.臨床所見					
現在の 症状	身長・体重の測定日 ( ) 年 月 日)	現在の身長 ( ) SD	現在の体重 ( ) SD		
	哺乳力低下 ( なし ・ あり )	嘔吐 ( なし ・ あり )	体重増加不良 ( なし ・ あり )		
	脱水 ( なし ・ あり )	色素沈着 ( なし ・ あり )	低血糖 ( なし ・ あり )		
	外性器異常 ( なし ・ あり → 詳細: )				
	収縮期圧 ( ) mmHg	拡張期圧 ( ) mmHg			
その他の特記すべき症状 ( なし ・ あり → 所見: )					

2.検査所見						
診断の 根拠と なった 主な 検査等 の結果	継続申請の場合は現在の状況を記載					
	<b>血液検査</b>					
	Na ( ) mEq/L	K ( ) mEq/L	Cl ( ) mEq/L			
	BUN ( ) mg/dL	Cre ( ) mg/dL				
	ACTH ( ) pg/mL	コルチゾール ( ) μg/dL				
	アルドステロン ( ) pg/mL					
	レニン活性(PRA) ( ) ng/mL/hr	レニン定量(活性型) ( ) pg/mL				
	テストステロン ( ) ng/mL	エストラジオール ( ) pg/mL				
	<b>尿検査</b>					
	尿中コルチゾール ( ) μg/day	尿中アルドステロン ( ) μg/day	尿中Na ( ) mEq/L	尿中K ( ) mEq/L		
<b>画像検査</b>						
副腎過形成 ( なし ・ あり )						
<b>遺伝学的検査</b>						
染色体検査 ( なし ・ あり → 詳細: )						
遺伝子診断 ( なし ・ あり → 詳細: )						

3.その他の所見					
その他の 現在の 所見など	合併症 ( なし ・ あり → 詳細: )				

4.経過					
現在 までの 治療	薬物療法など ( なし ・ あり → 補充療法 ・ 機能抑制療法 ・ 他の薬物療法 ・ 運動制限 ・ 手術予定あり ・ 術後 )				

5.今後の療方針					
就学・就労	1. 就学前 2. 小中学校 ( 通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級 ) 3. 特別支援学校 ( 小中学部 ・ 専攻科を含む高等部 ) 4. 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 5. 大学 ( 短期大学を含む ) 6. 就労 ( 就学中の就労も含む ) 7. 未就学かつ未就労 8. その他 ( )				
現状評価	一つに○印 : 治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能 小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当: しない ・ する ・ 不明 人工呼吸器等装着者認定基準に該当: しない ・ する ・ 不明				
治療見込期間	入院	年 月 日 から	年 月 日 まで		
	通院	年 月 日 から	年 月 日 まで	( 月 回 )	

上記の通り診断します。					
平成 年 月 日			医療機関名 および 所在地		
			科		
			医師名		
			印		
小児慢性特定疾病指定医番号					

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入  
※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入

告示番号	58	内分泌疾患	平成( )年度	小児慢性特定疾病	医療意見書
受給者番号( )	新規登録 ・ 継続 ・ 転入 ( 転出地: )				
患者	ふりがな 氏名	男・女	生年月日	平成 年 月 日 ( 満 歳 )	
出生都道府県 <sup>※1</sup>		出生体重	g	出生週数	在胎 週
現在の身長 <sup>※2</sup>	cm	現在の体重 <sup>※2</sup>	kg	母の生年月日	昭和 平成 年 月 日
発病	年 月 頃	初診日	年 月 日		
大分類病名	25 先天性副腎過形成症	細分類病名	51	3β-ヒドロキシステロイド脱水素酵素欠損症	

該当するものに○をつけ、必要な場合( )に記載

1.臨床所見					
現在の 症状	身長・体重の測定日 ( 年 月 日 )				
	現在の身長 ( ) SD	現在の体重 ( ) SD			
	哺乳力低下 ( なし ・ あり )	嘔吐 ( なし ・ あり )	体重増加不良 ( なし ・ あり )		
	脱水 ( なし ・ あり )	色素沈着 ( なし ・ あり )	低血糖 ( なし ・ あり )		
	外生殖器異常 ( なし ・ あり → 詳細: )				
	新生児マススクリーニングで発見 ( なし ・ あり )				
収縮期圧 ( ) mmHg	拡張期圧 ( ) mmHg				
その他の特記すべき症状 ( なし ・ あり → 所見: )					

2.検査所見						
診断の 根拠と なった 主な 検査等 の結果	継続申請の場合は現在の状況を記載					
	<b>血液検査</b>					
	Na ( ) mEq/L	K ( ) mEq/L	Cl ( ) mEq/L			
	BUN ( ) mg/dL	Cre ( ) mg/dL				
	ACTH ( ) pg/mL	アルドステロン ( ) pg/mL				
	レニン活性(PRA) ( ) ng/mL/hr	レニン定量(活性型) ( ) pg/mL				
	<b>ACTH負荷試験</b>					
	コルチゾール	基礎値 ( ) μg/dL	頂値 ( ) μg/dL			
	プレグネロン	基礎値 ( ) ng/mL	頂値 ( ) ng/mL			
	progesterone	基礎値 ( ) ng/mL	頂値 ( ) ng/mL			
	17-OHプレネロン	基礎値 ( ) ng/mL	頂値 ( ) ng/mL			
	17-OHprogesterone	基礎値 ( ) ng/mL	頂値 ( ) ng/mL			
	DHEA	基礎値 ( ) ng/mL	頂値 ( ) ng/mL			
	アンドロステンジオン	基礎値 ( ) ng/mL	頂値 ( ) ng/mL			
	<b>画像検査</b>					
副腎過形成 ( なし ・ あり )						
<b>遺伝学的検査</b>						
染色体検査 ( なし ・ あり → 詳細: )						
遺伝子診断 ( なし ・ あり → 詳細: )						

3.その他の所見					
その他の現在の所見など	合併症 ( なし ・ あり → 詳細: )				

4.経過					
現在までの主な治療	薬物療法など ( なし ・ あり → 補充療法 ・ 機能抑制療法 ・ 他の薬物療法 ・ 運動制限 ・ 手術予定あり ・ 術後 )				

5.今後の療方針					
就学・就労	1. 就学前 2. 小中学校 ( 通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級 ) 3. 特別支援学校 ( 小中学部 ・ 専攻科を含む高等部 ) 4. 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 5. 大学 ( 短期大学を含む ) 6. 就労 ( 就学中の就労も含む ) 7. 未就学かつ未就労 8. その他 ( )				
現状評価	一つに○印 : 治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能 小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当: しない ・ する ・ 不明 人工呼吸器等装着者認定基準に該当: しない ・ する ・ 不明				
治療見込期間	入院	年 月 日 から	年 月 日 まで		
	通院	年 月 日 から	年 月 日 まで	( 月 回 )	

上記の通り診断します。					
医療機関名			科		
および					
所在地					
平成 年 月 日	医師名		印		
小児慢性特定疾病指定医番号					

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入  
※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入

告示番号	57	内分泌疾患	平成( )年度	小児慢性特定疾病	医療意見書
受給者番号( )	新規登録 ・ 継続 ・ 転入 ( 転出地: )				
患者	ふりがな 氏名	男・女	生年月日	平成 年 月 日 (満 歳)	
出生都道府県 <sup>※1</sup>		出生体重	g	出生週数	在胎 週
現在の身長 <sup>※2</sup>	cm	現在の体重 <sup>※2</sup>	kg	母の生年月日	昭和 平成 年 月 日
発病	年 月 頃	初診日	年 月 日		
大分類病名	25 先天性副腎過形成症	細分類病名	52	11β-水酸化酵素欠損症	

該当するものに○をつけ、必要な場合( )に記載

1.臨床所見					
現在の 症状	身長・体重の測定日 ( 年 月 日)				
	現在の身長 ( ) SD 現在の体重 ( ) SD				
	外生殖器異常 ( なし ・ あり → 詳細: )				
	思春期早発症 ( なし ・ あり )				
	新生児マススクリーニングで発見 ( なし ・ あり )				
	血圧 収縮期圧 ( ) mmHg 拡張期圧 ( ) mmHg その他の特記すべき症状 ( なし ・ あり → 所見: )				

2.検査所見					
診断の 根拠と なった 主な 検査等 の結果	継続申請の場合は現在の状況を記載				
	血液検査				
	Na ( ) mEq/L		K ( ) mEq/L		Cl ( ) mEq/L
	BUN ( ) mg/dL		Cre ( ) mg/dL		
	ACTH ( ) pg/mL		コルチゾール ( ) μg/dL		
	アルドステロン ( ) pg/mL		レニン活性(PRA) ( ) ng/mL/hr		レニン定量(活性型) ( ) pg/mL
	テストステロン ( ) ng/mL		DHEA ( ) ng/mL		DHEA-S ( ) ng/mL
	ACTH負荷試験				
	デオキシコルチコステロン 基礎値 ( ) ng/mL		頂値 ( ) ng/mL		
	11-デオキシコルチゾール 基礎値 ( ) ng/mL		頂値 ( ) ng/mL		
	尿検査				
	尿中コルチゾール ( ) μg/day		尿中アルドステロン ( ) μg/day		尿中Na ( ) mEq/L
	尿中K ( ) mEq/L				
	画像検査				
	副腎過形成 ( なし ・ あり )				
遺伝学的検査					
染色体検査 ( なし ・ あり → 詳細: )					
遺伝子診断 ( なし ・ あり → 詳細: )					

3.その他の所見					
その他の 現在の 所見など	合併症 ( なし ・ あり → 詳細: )				

4.経過					
現在 なまで 治療 の	薬物療法など ( なし ・ あり → 補充療法 ・ 機能抑制療法 ・ 他の薬物療法 ・ 運動制限 ・ 手術予定あり ・ 術後 )				

5.今後の療方針					
就学・就労	1. 就学前 2. 小中学校 ( 通常学級・通級・特別支援学級 ) 3. 特別支援学校 ( 小中学部・専攻科を含む高等部 ) 4. 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 5. 大学 ( 短期大学を含む ) 6. 就労 ( 就学中の就労も含む ) 7. 未就学かつ未就労 8. その他 ( )				
現状評価	一つに○印 : 治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能 小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当: しない・する・不明 人工呼吸器等装着者認定基準に該当: しない・する・不明				
治療見込期間	入院	年 月 日 から 年 月 日 まで			
	通院	年 月 日 から 年 月 日 まで ( 月 回 )			

上記の通り診断します。					
平成 年 月 日			医療機関名 および 所在地		
医師名			科		
小児慢性特定疾病指定医番号					

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入  
※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入

告示番号	59	内分泌疾患	平成 ( ) 年度	小児慢性特定疾病 医療意見書
受給者番号 ( )	新規登録 ・ 継続 ・ 転入 ( 転出地 : )			
患者	ふりがな 氏名	男 ・ 女	生年月日	平成 年 月 日 ( 満 歳 )
出生都道府県 <sup>※1</sup>		出生体重	g	出生週数 在胎 週
現在の身長 <sup>※2</sup>	cm	現在の体重 <sup>※2</sup>	kg	母の生年月日 昭和 平成 年 月 日
発病	年 月 頃	初診日	年 月 日	
大分類病名	25 先天性副腎過形成症	細分類病名	53	17α-水酸化酵素欠損症

該当するものに○をつけ、必要な場合 ( ) に記載

1. 臨床所見				
現在の 症状	身長・体重の測定日 ( 年 月 日 )			
	現在の身長 ( ) SD		現在の体重 ( ) SD	
	外性器異常 ( なし ・ あり → 詳細 : )			
	二次性徴の欠如 ( なし ・ あり ) 筋力低下 ( なし ・ あり )			
血圧 収縮期圧 ( ) mmHg		拡張期圧 ( ) mmHg		
その他の特記すべき症状 ( なし ・ あり → 所見 : )				

2. 検査所見				
継続申請の場合は現在の状況を記載				
診断の 根拠と なった 主な 検査等 の結果	血液検査			
	Na ( ) mEq/L	K ( ) mEq/L	Cl ( ) mEq/L	
	BUN ( ) mg/dL	Cre ( ) mg/dL		
	ACTH ( ) pg/mL	コルチゾール ( ) μg/dL		
	アルドステロン ( ) pg/mL			
	レニン活性(PRA) ( ) ng/mL/hr	レニン定量(活性型) ( ) pg/mL		
	DHEA-S ( ) ng/mL	エストロゲン ( ) pg/mL		
	テストステロン ( ) ng/mL			
	ACTH負荷試験			
	デオキシコルチコステロン	基礎値 ( ) ng/mL	頂値 ( ) ng/mL	
	コルチコステロン	基礎値 ( ) ng/mL	頂値 ( ) ng/mL	
	尿検査			
	尿中コルチゾール ( ) μg/day			
	尿中アルドステロン ( ) μg/day			
	画像検査			
副腎過形成 ( なし ・ あり )				
遺伝学的検査				
染色体検査 ( なし ・ あり → 詳細 : )				
遺伝子診断 ( なし ・ あり → 詳細 : )				

3. その他の所見				
その他の 現在の 所見など	合併症 ( なし ・ あり → 詳細 : )			

4. 経過				
現在 なまで 治療 の	薬物療法など ( なし ・ あり → 補充療法 ・ 機能抑制療法 ・ 他の薬物療法 ・ 運動制限 ・ 手術予定あり ・ 術後 )			

5. 今後の療方針				
就学・就労	1. 就学前 2. 小中学校 ( 通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級 ) 3. 特別支援学校 ( 小中学部 ・ 専攻科を含む高等部 ) 4. 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 5. 大学 ( 短期大学を含む ) 6. 就労 ( 就学中の就労も含む ) 7. 未就学かつ未就労 8. その他 ( )			
現状評価	一つに○印 : 治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能 小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当 : しない ・ する ・ 不明 人工呼吸器等装着者認定基準に該当 : しない ・ する ・ 不明			
治療見込期間	入院	年 月 日 から 年 月 日 まで		
	通院	年 月 日 から 年 月 日 まで ( 月 回 )		

上記の通り診断します。				
		医療機関名 および 所在地		
平成 年 月 日	医師名			科 印
小児慢性特定疾病指定医番号				

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入  
※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入

告示番号	60	内分泌疾患	平成( )年度	小児慢性特定疾病	医療意見書
受給者番号( )	新規登録 ・ 継続 ・ 転入 ( 転出地: )				
患者	ふりがな 氏名	男・女	生年月日	平成 年 月 日 ( 満 歳 )	
出生都道府県 <sup>※1</sup>		出生体重	g	出生週数	在胎 週
現在の身長 <sup>※2</sup>	cm	現在の体重 <sup>※2</sup>	kg	母の生年月日	昭和 平成 年 月 日
発病	年 月 頃	初診日	年 月 日		
大分類病名	25 先天性副腎過形成症	細分類病名	54	21-水酸化酵素欠損症	

該当するものに○をつけ、必要な場合( )に記載

1.臨床所見					
現在の 症状	身長・体重の測定日 ( 年 月 日 )				
	現在の身長 ( ) SD	現在の体重 ( ) SD			
	哺乳力低下 ( なし ・ あり )	嘔吐 ( なし ・ あり )	体重増加不良 ( なし ・ あり )		
	脱水 ( なし ・ あり )	色素沈着 ( なし ・ あり )	低血糖 ( なし ・ あり )		
	思春期早発 ( なし ・ あり )	瘰癧 ( なし ・ あり )	多毛 ( なし ・ あり )		
	早発恥毛 ( なし ・ あり )				
	外性器異常 ( なし ・ あり → 詳細: )				
	新生児マススクリーニングで発見 ( なし ・ あり )				
	収縮期圧 ( ) mmHg	拡張期圧 ( ) mmHg			
	その他の特記すべき症状 ( なし ・ あり → 所見: )				

2.検査所見						
診断の 根拠とな った主 な検査 等の結 果	継続申請の場合は現在の状況を記載					
	血液検査					
	Na ( ) mEq/L	K ( ) mEq/L	Cl ( ) mEq/L			
	BUN ( ) mg/dL	Cre ( ) mg/dL				
	ACTH ( ) pg/mL	コルチゾール ( ) μg/dL				
	レニン活性(PRA) ( ) ng/mL/hr	レニン定量(活性型) ( ) pg/mL				
	アルドステロン ( ) pg/mL					
	21-デオキシコルチゾール ( ) ng/mL					
	ACTH負荷試験					
	17-OHプロゲステロン 基礎値 ( ) ng/mL	頂値 ( ) ng/mL				
	デオキシコルチステロン 基礎値 ( ) ng/mL	頂値 ( ) ng/mL				
	尿検査					
	尿中プレグナントリオール ( 未実施 ・ 実施 → 所見: )					
	画像検査					
	副腎過形成 ( なし ・ あり )					
遺伝学的検査						
染色体検査 ( なし ・ あり → 詳細: )						
遺伝子診断 ( なし ・ あり → 詳細: )						

3.その他の所見					
その他の 現在の 所見など	合併症 ( なし ・ あり → 詳細: )				

4.経過					
現在 までの 治療 の	薬物療法など ( なし ・ あり → 補充療法 ・ 機能抑制療法 ・ 他の薬物療法 ・ 運動制限 ・ 手術予定あり ・ 術後 )				

5.今後の療の方針					
就学・就労	1. 就学前 2. 小中学校 ( 通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級 ) 3. 特別支援学校 ( 小中学部 ・ 専攻科を含む高等部 ) 4. 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 5. 大学 ( 短期大学を含む ) 6. 就労 ( 就学中の就労も含む ) 7. 未就学かつ未就労 8. その他 ( )				
現状評価	一つに○印 : 治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能 小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当: しない ・ する ・ 不明 人工呼吸器等装着者認定基準に該当: しない ・ する ・ 不明				
治療見込期間	入院	年 月 日 から	年 月 日 まで		
	通院	年 月 日 から	年 月 日 まで	( 月 回 )	

上記の通り診断します。					
平成 年 月 日			医療機関名 および 所在地		
医師名			科		
小児慢性特定疾病指定医番号					

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入  
※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入

告示番号	61	内分泌疾患	平成( )年度	小児慢性特定疾病	医療意見書
受給者番号( )	新規登録 ・ 継続 ・ 転入 ( 転出地: )				
患者	ふりがな 氏名	男・女	生年月日	平成 年 月 日 ( 満 歳 )	
出生都道府県 <sup>※1</sup>		出生体重	g	出生週数	在胎 週
現在の身長 <sup>※2</sup>	cm	現在の体重 <sup>※2</sup>	kg	母の生年月日	昭和 平成 年 月 日
発病	年 月 頃	初診日	年 月 日		
大分類病名	25 先天性副腎過形成症	細分類病名	55	P450酸化還元酵素欠損症	

該当するものに○をつけ、必要な場合( )に記載

1.臨床所見					
現在の 症状	身長・体重の測定日 ( 年 月 日 )	現在の身長 ( ) SD	現在の体重 ( ) SD		
	母体の妊娠中男性化 ( なし ・ あり )	頭蓋骨癒合症 ( なし ・ あり )	顔面低形成 ( なし ・ あり )		
	関節拘縮 ( なし ・ あり )	くも状指 ( なし ・ あり )	二次性徴欠如 ( なし ・ あり )		
	外性器異常 ( なし ・ あり → 詳細: )	新生児マススクリーニングで発見 ( なし ・ あり )			
	収縮期圧 ( ) mmHg	拡張期圧 ( ) mmHg	その他の特記すべき症状 ( なし ・ あり → 所見: )		

2.検査所見						
診断の 根拠と なった 主な 検査等 の結果	継続申請の場合は現在の状況を記載					
	<b>血液検査</b>					
	Na ( ) mEq/L	K ( ) mEq/L	Cl ( ) mEq/L			
	BUN ( ) mg/dL	Cre ( ) mg/dL				
	ACTH ( ) pg/mL	アルドステロン ( ) pg/mL				
	レニン活性(PRA) ( ) ng/mL/hr	レニン定量(活性型) ( ) pg/mL				
	<b>ACTH負荷試験</b>					
	コルチゾール 基礎値 ( ) µg/dL	頂値 ( ) µg/dL				
	プレグネロン 基礎値 ( ) ng/mL	頂値 ( ) ng/mL				
	プロゲステロン 基礎値 ( ) ng/mL	頂値 ( ) ng/mL				
17-OHプレネロン 基礎値 ( ) ng/mL	頂値 ( ) ng/mL					
17-OHプロゲステロン 基礎値 ( ) ng/mL	頂値 ( ) ng/mL					
DHEA 基礎値 ( ) ng/mL	頂値 ( ) ng/mL					
アンドロステンジオン 基礎値 ( ) ng/mL	頂値 ( ) ng/mL					
<b>尿検査</b>						
尿中プレグナントリオール ( 未実施 ・ 実施 → 所見: )						
<b>遺伝学的検査</b>						
染色体検査 ( なし ・ あり → 詳細: )						
遺伝子診断 ( なし ・ あり → 詳細: )						

3.その他の所見					
その他の 現在の 所見など	合併症 ( なし ・ あり → 詳細: )				

4.経過					
現在 までの 治療	薬物療法など ( なし ・ あり → 補充療法 ・ 機能抑制療法 ・ 他の薬物療法 ・ 運動制限 ・ 手術予定あり ・ 術後 )				

5.今後の療方針					
就学・就労	1. 就学前 2. 小中学校 ( 通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級 ) 3. 特別支援学校 ( 小中学部 ・ 専攻科を含む高等部 ) 4. 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 5. 大学 ( 短期大学を含む ) 6. 就労 ( 就学中の就労も含む ) 7. 未就学かつ未就労 8. その他 ( )				
現状評価	一つに○印 : 治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能 小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当: しない ・ する ・ 不明 人工呼吸器等装着者認定基準に該当: しない ・ する ・ 不明				
治療見込期間	入院	年 月 日 から	年 月 日 まで		
	通院	年 月 日 から	年 月 日 まで	( 月 回 )	

上記の通り診断します。					
医療機関名 および 所在地			科		
平成 年 月 日	医師名				印
小児慢性特定疾病指定医番号					

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入  
※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入

告示番号 63		内分泌疾患		平成( )年度 小児慢性特定疾病 医療意見書		
受給者番号 ( )		新規登録 ・ 継続 ・ 転入 ( 転出地: )				
患者	ふりがな 氏名	男・女	生年月日	平成 年 月 日 (満 歳)		
出生都道府県※1		出生体重	g	出生週数	在胎 週	
現在の身長※2	cm	現在の体重※2	kg	母の生年月日	昭和 平成 年 月 日	
発病	年 月 頃	初診日	年 月 日			
大分類病名	25 先天性副腎過形成症	細分類病名	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		
該当するものに○をつけ、必要な場合 ( ) に記載		具体的な疾患名				
<b>1. 臨床所見</b>						
現在の 症状	身長・体重の測定日 ( ) 年 月 日	現在の身長 ( ) SD	現在の体重 ( ) SD			
	母体の妊娠中男性化 ( なし ・ あり )	嘔吐 ( なし ・ あり )	哺乳不良 ( なし ・ あり )			
	低血糖 ( なし ・ あり )	脱水 ( なし ・ あり )	ショック ( なし ・ あり )			
	意識障害 ( なし ・ あり )	二次性徴の欠如 ( なし ・ あり )	思春期早発症 ( なし ・ あり )			
	色素沈着 ( なし ・ あり )					
	外生殖器異常 ( なし ・ あり → 詳細: )					
	新生児マススクリーニングで発見 ( なし ・ あり )					
	血圧 収縮期圧 ( ) mmHg	拡張期圧 ( ) mmHg				
	その他の特記すべき症状 ( なし ・ あり → 所見: )					
	<b>2. 検査所見</b>					
診断の 根拠とな った主な 検査等 の結果	継続申請の場合は現在の状況を記載					
	<b>血液検査</b>					
	Na ( ) mEq/L	K ( ) mEq/L	Cl ( ) mEq/L			
	BUN ( ) mg/dL	Cre ( ) mg/dL				
	ACTH ( ) pg/mL	アルドステロン ( ) pg/mL				
	レニン活性(PRA) ( ) ng/mL/hr	レニン定量(活性型) ( ) pg/mL				
	<b>ACTH負荷試験</b>					
	コルチゾール 基礎値 ( ) µg/dL	頂値 ( ) µg/dL				
	プレグネノロン 基礎値 ( ) ng/mL	頂値 ( ) ng/mL				
	プロゲステロン 基礎値 ( ) ng/mL	頂値 ( ) ng/mL				
	17-OHプレネノロン 基礎値 ( ) ng/mL	頂値 ( ) ng/mL				
	17-OHプロゲステロン 基礎値 ( ) ng/mL	頂値 ( ) ng/mL				
	デオキシコルチコステロン 基礎値 ( ) ng/mL	頂値 ( ) ng/mL				
	コルチコステロン 基礎値 ( ) ng/mL	頂値 ( ) ng/mL				
	DHEA 基礎値 ( ) ng/mL	頂値 ( ) ng/mL				
アンドロステンジオン 基礎値 ( ) ng/mL	頂値 ( ) ng/mL					
<b>尿検査</b>						
尿中コルチゾール ( ) µg/day	尿中アルドステロン ( ) µg/day					
尿中プレグナントリオール ( 未実施 ・ 実施 → 所見: )						
<b>画像検査</b>						
副腎過形成 ( なし ・ あり )						
<b>遺伝学的検査</b>						
染色体検査 ( なし ・ あり → 詳細: )						
遺伝子診断 ( なし ・ あり → 詳細: )						
<b>3. その他の所見</b>						
その他の現在の所見など	合併症 ( なし ・ あり → 詳細: )					
<b>4. 経過</b>						
治療など	薬物療法など ( なし ・ あり → 補充療法 ・ 機能抑制療法 ・ 他の薬物療法 ・ 運動制限 ・ 手術予定あり ・ 術後 )					
<b>5. 今後の療法方針</b>						
就学・就労	1. 就学前 2. 小中学校 ( 通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級 ) 3. 特別支援学校 ( 小中学部 ・ 専攻科を含む高等部 ) 4. 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 5. 大学 ( 短期大学を含む ) 6. 就労 ( 就学中の就労も含む ) 7. 未就学かつ未就労 8. その他 ( )					
現状評価	一つに○印 : 治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能 小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当 : しない ・ する ・ 不明 人工呼吸器等装着者認定基準に該当 : しない ・ する ・ 不明					
治療見込期間	入院	年 月 日 から	年 月 日 まで			
	通院	年 月 日 から	年 月 日 まで	( 月 回 )		
上記の通り診断します。						
平成 年 月 日	医療機関名 および 所在地		科 印			
医師名						
小児慢性特定疾病指定医番号						

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入  
※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入



告示番号	38	内分泌疾患	平成( )年度	小児慢性特定疾病	医療意見書
受給者番号( )	新規登録 ・ 継続 ・ 転入 ( 転出地: )				
患者	ふりがな 氏名	男・女	生年月日	平成 年 月 日 ( 満 歳 )	
出生都道府県 <sup>※1</sup>		出生体重	g	出生週数	在胎 週
現在の身長 <sup>※2</sup>	cm	現在の体重 <sup>※2</sup>	kg	母の生年月日	昭和 平成 年 月 日
発病	年 月 頃	初診日	年 月 日		
大分類病名	26 思春期早発症	細分類病名	57	ゴナドトロピン依存性思春期早発症	

該当するものに○をつけ、必要な場合( )に記載

1.臨床所見					
現在の 症状	身長・体重の測定日 ( ) 年 月 日)				
	現在の身長 ( ) SD	現在の体重 ( ) SD			
	<b>二次性徴 (Tanner分類)</b>				
	外性器発育 (男子のみ) ( I ・ II ・ III ・ IV ・ V )	発現時の年齢 ( ) 歳 ( ) か月			
乳房発育 (女子のみ) ( I ・ II ・ III ・ IV ・ V )	発現時の年齢 ( ) 歳 ( ) か月				
陰毛発育 (男女とも) ( I ・ II ・ III ・ IV ・ V )	発現時の年齢 ( ) 歳 ( ) か月				

2.検査所見					
診断の 根拠と なった 主な 検査等 の結果	継続申請の場合は現在の状況を記載				
	<b>血液検査</b>				
	E <sub>2</sub> ( ) pg/mL	テストステロン ( ) ng/dL			
	<b>LHRH負荷試験</b>				
	LH基礎値 ( ) mIU/mL	LH頂値 ( ) mIU/mL			
	FSH基礎値 ( ) mIU/mL	FSH頂値 ( ) mIU/mL			
その他の参考となる血液検査 ( 未実施 ・ 実施 → 所見: )					
<b>骨年齢</b> 検査日 ( ) 年 月 日) ( ) 歳 ( ) か月					
<b>画像所見</b>					
頭部CT・MRI ( 未実施 ・ 実施 → 所見: )					
腹部CT・MRI ( 未実施 ・ 実施 → 所見: )					
腹部超音波検査 ( 未実施 ・ 実施 → 所見: )					

3.その他の所見					
その他の 現在の 所見など	合併症 ( なし ・ あり → 詳細: )				

4.経過					
現在 までの 治療	薬物療法など ( なし ・ あり → 補充療法 ・ 機能抑制療法 ・ 他の薬物療法 ・ 運動制限 ・ 手術予定あり ・ 術後 )				

5.今後の療方針					
就学・就労	1. 就学前 2. 小中学校 ( 通常学級・通級・特別支援学級 ) 3. 特別支援学校 ( 小中学部・専攻科を含む高等部 ) 4. 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 5. 大学 ( 短期大学を含む ) 6. 就労 ( 就学中の就労も含む ) 7. 未就学かつ未就労 8. その他 ( )				
現状評価	一つに○印: 治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能 小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当: しない ・ する ・ 不明 人工呼吸器等装着者認定基準に該当: しない ・ する ・ 不明				
治療見込期間	入院	年 月 日 から	年 月 日 まで		
	通院	年 月 日 から	年 月 日 まで	( 月 回 )	

上記の通り診断します。					
平成 年 月 日			医療機関名 および 所在地		
医師名			科 印		
小児慢性特定疾病指定医番号					

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入  
※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入

告示番号	39	内分泌疾患	平成( )年度	小児慢性特定疾病	医療意見書
受給者番号( )	新規登録 ・ 継続 ・ 転入 ( 転出地: )				
患者	ふりがな 氏名	男・女	生年月日	平成 年 月 日 (満 歳)	
出生都道府県※1		出生体重	g	出生週数	在胎 週
現在の身長※2	cm	現在の体重※2	kg	母の生年月日	昭和 平成 年 月 日
発病	年 月 頃	初診日	年 月 日		
大分類病名	26 思春期早発症	細分類病名	58	ゴナドトロピン非依存性思春期早発症	

該当するものに○をつけ、必要な場合( )に記載

1.臨床所見					
現在の 症状	身長・体重の測定日 ( ) 年 月 ( ) 日)	現在の身長 ( ) SD	現在の体重 ( ) SD		
	<b>二次性徴 (Tanner分類)</b>				
	外性器発育 (男子のみ) ( I ・ II ・ III ・ IV ・ V )	発現時の年齢 ( ) 歳 ( ) か月			
	乳房発育 (女子のみ) ( I ・ II ・ III ・ IV ・ V )	発現時の年齢 ( ) 歳 ( ) か月			
	陰毛発育 (男女とも) ( I ・ II ・ III ・ IV ・ V )	発現時の年齢 ( ) 歳 ( ) か月			

2.検査所見					
診断の 根拠と なった 主な 検査等 の結果	継続申請の場合は現在の状況を記載				
	<b>血液検査</b>				
	E <sub>2</sub> ( ) pg/mL	テストステロン ( ) ng/dL			
	<b>LHRH負荷試験</b>				
	LH基礎値 ( ) mIU/mL	LH頂値 ( ) mIU/mL			
	FSH基礎値 ( ) mIU/mL	FSH頂値 ( ) mIU/mL			
その他の参考となる血液検査 ( 未実施 ・ 実施 → 所見: )					
<b>骨年齢</b> 検査日 ( ) 年 月 日 ( ) 歳 ( ) か月					
<b>画像所見</b>					
頭部CT・MRI ( 未実施 ・ 実施 → 所見: )					
腹部CT・MRI ( 未実施 ・ 実施 → 所見: )					
腹部超音波検査 ( 未実施 ・ 実施 → 所見: )					

3.その他の所見					
その他の 現在の 所見など	合併症 ( なし ・ あり → 詳細: )				

4.経過					
現在 までの 治療	薬物療法など ( なし ・ あり → 補充療法 ・ 機能抑制療法 ・ 他の薬物療法 ・ 運動制限 ・ 手術予定あり ・ 術後 )				

5.今後の療方針					
就学・就労	1. 就学前 2. 小中学校 ( 通常学級・通級・特別支援学級 ) 3. 特別支援学校 ( 小中学部・専攻科を含む高等部 ) 4. 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 5. 大学 ( 短期大学を含む ) 6. 就労 ( 就学中の就労も含む ) 7. 未就学かつ未就労 8. その他 ( )				
現状評価	一つに○印: 治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能 小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当: しない ・ する ・ 不明 人工呼吸器等装着者認定基準に該当: しない ・ する ・ 不明				
治療見込期間	入院	年 月 日 から	年 月 日 まで		
	通院	年 月 日 から	年 月 日 まで	( 月 回 )	

上記の通り診断します。					
平成 年 月 日		医療機関名 および 所在地		科 印	
		医師名			
小児慢性特定疾病指定医番号					

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入  
※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入

告示番号	3	内分泌疾患	平成( )年度	小児慢性特定疾病	医療意見書
受給者番号( )	新規登録 ・ 継続 ・ 転入 ( 転出地: )				
患者	ふりがな 氏名	男・女	生年月日	平成 年 月 日 ( 満 歳 )	
出生都道府県 <sup>※1</sup>		出生体重	g	出生週数	在胎 週
現在の身長 <sup>※2</sup>	cm	現在の体重 <sup>※2</sup>	kg	母の生年月日	昭和 平成 年 月 日
発病	年 月 頃	初診日	年 月 日		
大分類病名	27 エストロゲン過剰症 ( 思春期早発症を除く。 )	細分類病名	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。 )	

該当するものに○をつけ、必要な場合 ( ) に記載

1. 臨床所見					
現在の 症状	身長・体重の測定日 ( ) 年 月 日)				
	現在の身長 ( ) SD	現在の体重 ( ) SD			
	<b>二次性徴 (Tanner分類)</b>				
	外性器発育 (男子のみ) ( I ・ II ・ III ・ IV ・ V )	発現時の年齢 ( ) 歳 ( ) か月			
	乳房発育 (女子のみ) ( I ・ II ・ III ・ IV ・ V )	発現時の年齢 ( ) 歳 ( ) か月			
陰毛発育 (男女とも) ( I ・ II ・ III ・ IV ・ V )	発現時の年齢 ( ) 歳 ( ) か月				
男子の場合 → 女性化乳房 ( なし ・ あり )	女子の場合 → 巨大乳房 ( なし ・ あり )	不正性器出血 ( なし ・ あり )			

2. 検査所見					
診断の 根拠とな った主 な検査 等の結 果	継続申請の場合は現在の状況を記載				
	<b>血液検査</b>				
	E <sub>2</sub> ( ) pg/mL				
	テストステロン ( ) ng/dL				
	LH基礎値 ( ) mIU/mL				
	FSH基礎値 ( ) mIU/mL				
	その他の参考となる血液検査 ( 未実施 ・ 実施 → 所見: )				
	骨年齢 検査日 ( ) 年 月 日)	( ) 歳 ( ) か月			
	<b>画像所見</b>				
	頭部CT・MRI ( 未実施 ・ 実施 → 所見: )				
胸部CT・MRI ( 未実施 ・ 実施 → 所見: )					
腹部CT・MRI ( 未実施 ・ 実施 → 所見: )					
<b>遺伝子検査</b>					
エストロゲン合成酵素 (アロマトラーゼ) 遺伝子CYP19A1の変異 ( 未実施 ・ 変異無し ・ 変異あり )					

3. その他の所見					
その他の 現在の 所見など	合併症 ( なし ・ あり → 詳細: )				

4. 経過					
現在 までの 治療	薬物療法など ( なし ・ あり → 補充療法 ・ 機能抑制療法 ・ 他の薬物療法 ・ 運動制限 ・ 手術予定あり ・ 術後 )				

5. 今後の療の方針					
就学・就労	1. 就学前 2. 小中学校 ( 通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級 ) 3. 特別支援学校 ( 小中学部 ・ 専攻科を含む高等部 ) 4. 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 5. 大学 ( 短期大学を含む ) 6. 就労 ( 就学中の就労も含む ) 7. 未就学かつ未就労 8. その他 ( )				
現状評価	一つに○印 : 治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能 小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当: しない ・ する ・ 不明 人工呼吸器等装着者認定基準に該当: しない ・ する ・ 不明				
治療見込期間	入院	年 月 日 から 年 月 日 まで			
	通院	年 月 日 から 年 月 日 まで ( 月 回 )			

上記の通り診断します。					
平成 年 月 日			医療機関名 および 所在地		
医師名			科		
小児慢性特定疾病指定医番号					

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入  
※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入

告示番号	2	内分泌疾患	平成( )年度	小児慢性特定疾病	医療意見書
受給者番号( )	新規登録 ・ 継続 ・ 転入 ( 転出地: )				
患者	ふりがな 氏名	男・女	生年月日	平成 年 月 日 ( 満 歳 )	
出生都道府県 <sup>※1</sup>		出生体重	g	出生週数	在胎 週
現在の身長 <sup>※2</sup>	cm	現在の体重 <sup>※2</sup>	kg	母の生年月日	昭和 平成 年 月 日
発病	年 月 頃	初診日	年 月 日		
大分類病名	28	アンドロゲン過剰症 ( 思春期早発症を除く。 )	細分類病名	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。 )

該当するものに○をつけ、必要な場合 ( ) に記載

1. 臨床所見					
現在の 症状	身長・体重の測定日 ( 年 月 日 )	現在の身長 ( ) SD	現在の体重 ( ) SD		
	二次性徴の欠如 ( なし ・ あり )	進行性の男性化徴候 ( なし ・ あり )	無月経 ( なし ・ あり )		
	多毛 ( なし ・ あり )	声の低下 ( なし ・ あり )			

2. 検査所見						
診断の 根拠と なった 主な 検査等 の結果	継続申請の場合は現在の状況を記載					
	血液検査					
	free T <sub>3</sub>	( )	pg/mL	free T <sub>4</sub>	( )	ng/dL
	TSH	( )	μIU/mL	テストステロン	( )	ng/dL
	E <sub>2</sub>	( )	pg/mL	FSH基礎値	( )	mIU/mL
	LH基礎値	( )	mIU/mL	17-OHP	( )	ng/mL
	ACTH	( )	pg/mL			
	その他の参考となる血液検査 ( 未実施 ・ 実施 → 所見: )					
	骨年齢 検査日 ( 年 月 日 ) ( ) 歳 ( ) か月					
	画像所見					
頭部CT・MRI ( 未実施 ・ 実施 → 所見: )						
胸部CT・MRI ( 未実施 ・ 実施 → 所見: )						
腹部CT・MRI ( 未実施 ・ 実施 → 所見: )						
多嚢胞性卵巣症候群 ( PCOS ) ( なし ・ あり )						
遺伝子検査						
エストロゲン合成酵素 ( アロマターゼ ) 遺伝子CYP19A1の変異 ( 未実施 ・ 変異無し ・ 変異あり )						
POR遺伝子 ( P450oxidoreductase ) 異常 ( 未実施 ・ 異常なし ・ 異常あり )						

3. その他の所見					
その他の 現在の 所見など	合併症 ( なし ・ あり → 詳細: )				

4. 経過					
現在 までの 治療	薬物療法など ( なし ・ あり → 補充療法 ・ 機能抑制療法 ・ 他の薬物療法 ・ 運動制限 ・ 手術予定あり ・ 術後 )				

5. 今後の療方針					
就学・就労	1. 就学前 2. 小中学校 ( 通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級 ) 3. 特別支援学校 ( 小中学部 ・ 専攻科を含む高等部 ) 4. 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 5. 大学 ( 短期大学を含む ) 6. 就労 ( 就学中の就労も含む ) 7. 未就学かつ未就労 8. その他 ( )				
現状評価	一つに○印 : 治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能 小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当: しない ・ する ・ 不明 人工呼吸器等装着者認定基準に該当: しない ・ する ・ 不明				
治療見込期間	入院	年 月 日 から 年 月 日 まで			
	通院	年 月 日 から 年 月 日 まで ( 月 回 )			

上記の通り診断します。					
平成 年 月 日			医療機関名 および 所在地		
			科		
			医師名		
			印		
小児慢性特定疾病指定医番号					

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入  
※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入

告示番号	72	内分泌疾患	平成( )年度	小児慢性特定疾病	医療意見書
受給者番号( )	新規登録 ・ 継続 ・ 転入 ( 転出地: )				
患者	ふりがな 氏名	男・女	生年月日	平成 年 月 日 ( 満 歳 )	
出生都道府県 <sup>※1</sup>		出生体重	g	出生週数	在胎 週
現在の身長 <sup>※2</sup>	cm	現在の体重 <sup>※2</sup>	kg	母の生年月日	昭和 平成 年 月 日
発病	年 月 頃	初診日	年 月 日		
大分類病名	29 低ゴナドトロピン性性腺機能低下症	細分類病名	61	カルマン (Kallmann) 症候群	

該当するものに○をつけ、必要な場合 ( ) に記載

1. 臨床所見					
現在の 症状	身長・体重の測定日 ( ) 年 月 ( 日 )				
	現在の身長 ( ) SD	現在の体重 ( ) SD			
	<b>二次性徴 (Tanner分類)</b>				
	外性器発育 (男子のみ) ( I ・ II ・ III ・ IV ・ V )	発現時の年齢 ( ) 歳 ( ) か月			
乳房発育 (女子のみ) ( I ・ II ・ III ・ IV ・ V )	発現時の年齢 ( ) 歳 ( ) か月				
陰毛発育 (男女とも) ( I ・ II ・ III ・ IV ・ V )	発現時の年齢 ( ) 歳 ( ) か月				

2. 検査所見					
診断の 根拠と なった 主な 検査等 の結果	継続申請の場合は現在の状況を記載				
	<b>血液検査</b>				
	E <sub>2</sub> ( ) pg/mL	テストステロン ( ) ng/dL			
	<b>LHRH負荷試験</b>				
	LH基礎値 ( ) mIU/mL	LH頂値 ( ) mIU/mL			
	FSH基礎値 ( ) mIU/mL	FSH頂値 ( ) mIU/mL			
	その他の参考となる血液検査 ( 未実施 ・ 実施 → 所見: )				
	<b>骨年齢</b> 検査日 ( ) 年 月 日 ( ) 歳 ( ) か月				
	<b>画像所見</b>				
	頭部CT・MRI ( 未実施 ・ 実施 → 所見: )				
腹部CT・MRI ( 未実施 ・ 実施 → 所見: )					
腹部超音波検査 ( 未実施 ・ 実施 → 所見: )					
<b>嗅覚検査</b> ( 未実施 ・ 実施 → 所見: )					
<b>遺伝子検査</b> ( 未実施 ・ 実施 → 詳細: )					

3. その他の所見					
その他の現在の所見など	合併症 ( なし ・ あり → 詳細: )				

4. 経過					
現在までの治療	薬物療法など ( なし ・ あり → 補充療法 ・ 機能抑制療法 ・ 他の薬物療法 ・ 運動制限 ・ 手術予定あり ・ 術後 )				

5. 今後の療方針					
就学・就労	1. 就学前 2. 小中学校 ( 通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級 ) 3. 特別支援学校 ( 小中学部 ・ 専攻科を含む高等部 ) 4. 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 5. 大学 ( 短期大学を含む ) 6. 就労 ( 就学中の就労も含む ) 7. 未就学かつ未就労 8. その他 ( )				
現状評価	一つに○印 : 治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能 小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当: しない ・ する ・ 不明 人工呼吸器等装着者認定基準に該当: しない ・ する ・ 不明				
治療見込期間	入院	年 月 日 から	年 月 日 まで		
	通院	年 月 日 から	年 月 日 まで	( 月 回 )	

上記の通り診断します。

医療機関名  
および  
所在地

平成 年 月 日 医師名 科 印

小児慢性特定疾病指定医番号

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入  
※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入

告示番号	73	内分泌疾患	平成( )年度	小児慢性特定疾病	医療意見書
受給者番号( )	新規登録 ・ 継続 ・ 転入 ( 転出地: )				
患者	ふりがな 氏名	男・女	生年月日	平成 年 月 日 ( 満 歳 )	
出生都道府県 <sup>※1</sup>	出生体重	g		出生週数	在胎 週
現在の身長 <sup>※2</sup>	cm	現在の体重 <sup>※2</sup>	kg	母の生年月日	昭和 平成 年 月 日
発病	年 月 頃	初診日	年 月 日		
大分類病名	29 低ゴナドトロピン性性腺機能低下症	細分類病名	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。)	

該当するものに○をつけ、必要な場合( )に記載

1.臨床所見					
現在の 症状	身長・体重の測定日 ( ) 年 月 ( ) 日	現在の身長 ( ) SD	現在の体重 ( ) SD		
	<b>二次性徴 (Tanner分類)</b>				
	外性器発育 (男子のみ) ( I ・ II ・ III ・ IV ・ V )	発現時の年齢 ( ) 歳 ( ) か月			
	乳房発育 (女子のみ) ( I ・ II ・ III ・ IV ・ V )	発現時の年齢 ( ) 歳 ( ) か月			
	陰毛発育 (男女とも) ( I ・ II ・ III ・ IV ・ V )	発現時の年齢 ( ) 歳 ( ) か月			

2.検査所見					
診断の 根拠と なつた 主な 検査等 の結果	継続申請の場合は現在の状況を記載				
	<b>血液検査</b>				
	E <sub>2</sub> ( ) pg/mL	テストステロン ( ) ng/dL			
	<b>LHRH負荷試験</b>				
	LH基礎値 ( ) mIU/mL	LH頂値 ( ) mIU/mL			
	FSH基礎値 ( ) mIU/mL	FSH頂値 ( ) mIU/mL			
	その他の参考となる血液検査 ( 未実施 ・ 実施 → 所見: )				
	<b>骨年齢</b> 検査日 ( ) 年 月 日 ( ) 歳 ( ) か月				
	<b>画像所見</b>				
	頭部CT・MRI ( 未実施 ・ 実施 → 所見: )				
腹部CT・MRI ( 未実施 ・ 実施 → 所見: )					
腹部超音波検査 ( 未実施 ・ 実施 → 所見: )					
<b>嗅覚検査</b> ( 未実施 ・ 実施 → 所見: )					
<b>遺伝子検査</b> ( 未実施 ・ 実施 → 所見: )					

3.その他の所見					
その他の現在の所見など	合併症 ( なし ・ あり → 詳細: )				

4.経過					
現在までの治療	薬物療法など ( なし ・ あり → 補充療法 ・ 機能抑制療法 ・ 他の薬物療法 ・ 運動制限 ・ 手術予定あり ・ 術後 )				

5.今後の療方針					
就学・就労	1. 就学前 2. 小中学校 ( 通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級 ) 3. 特別支援学校 ( 小中学部 ・ 専攻科を含む高等部 ) 4. 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 5. 大学 ( 短期大学を含む ) 6. 就労 ( 就学中の就労も含む ) 7. 未就学かつ未就労 8. その他 ( )				
現状評価	一つに○印 : 治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能 小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当: しない ・ する ・ 不明 人工呼吸器等装着者認定基準に該当: しない ・ する ・ 不明				
治療見込期間	入院	年 月 日 から 年 月 日 まで			
	通院	年 月 日 から 年 月 日 まで ( 月 回 )			

上記の通り診断します。					
平成 年 月 日			医療機関名 および 所在地		
			科		
			医師名		
			印		
小児慢性特定疾病指定医番号					

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入  
※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入

告示番号	20	内分泌疾患	平成( )年度	小児慢性特定疾病	医療意見書
受給者番号( )	新規登録 ・ 継続 ・ 転入 ( 転出地: )				
患者	ふりがな 氏名	男・女	生年月日	平成 年 月 日 (満 歳)	
出生都道府県 <sup>※1</sup>		出生体重	g	出生週数	在胎 週
現在の身長 <sup>※2</sup>	cm	現在の体重 <sup>※2</sup>	kg	母の生年月日	昭和 平成 年 月 日
発病	年 月 頃	初診日	年 月 日		
大分類病名	30 高ゴナドトロピン性腺機能低下症	細分類病名	63	精巣形成不全	

該当するものに○をつけ、必要な場合( )に記載

1.臨床所見					
現在の 症状	身長・体重の測定日 ( ) 年 月 ( ) 日				
	現在の身長 ( ) SD	現在の体重 ( ) SD			
	<b>二次性徴 (Tanner分類)</b>				
	外性器発育 (男子のみ) ( I ・ II ・ III ・ IV ・ V )	発現時の年齢 ( ) 歳 ( ) か月			
乳房発育 (女子のみ) ( I ・ II ・ III ・ IV ・ V )	発現時の年齢 ( ) 歳 ( ) か月				
陰毛発育 (男女とも) ( I ・ II ・ III ・ IV ・ V )	発現時の年齢 ( ) 歳 ( ) か月				

2.検査所見					
診断の 根拠と なつた 主な 検査 等の 結果	継続申請の場合は現在の状況を記載				
	<b>血液検査</b>				
	E <sub>2</sub> ( ) pg/mL				
	<b>LHRH負荷試験</b>				
	LH基礎値 ( ) mIU/mL	LH頂値 ( ) mIU/mL			
	FSH基礎値 ( ) mIU/mL	FSH頂値 ( ) mIU/mL			
	<b>hCG負荷試験</b>				
	テストステロン基礎値 ( ) ng/dL	テストステロン頂値 ( ) ng/dL			
	その他の参考となる血液検査 ( 未実施 ・ 実施 → 所見: )				
	<b>骨年齢</b> 検査日 ( ) 年 月 ( ) 日 ( ) 歳 ( ) か月				
<b>画像所見</b>					
頭部CT・MRI ( 未実施 ・ 実施 → 所見: )					
腹部CT・MRI ( 未実施 ・ 実施 → 所見: )					
腹部超音波検査 ( 未実施 ・ 実施 → 所見: )					
<b>嗅覚検査</b> ( 未実施 ・ 実施 → 所見: )					
<b>遺伝子検査</b> ( 未実施 ・ 実施 → 所見: )					

3.その他の所見					
その他の現在の所見など	合併症 ( なし ・ あり → 詳細: )				

4.経過					
現在の主な治療	薬物療法など ( なし ・ あり → 補充療法 ・ 機能抑制療法 ・ 他の薬物療法 ・ 運動制限 ・ 手術予定あり ・ 術後 )				

5.今後の療方針					
就学・就労	1. 就学前 2. 小中学校 ( 通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級 ) 3. 特別支援学校 ( 小中学部 ・ 専攻科を含む高等部 ) 4. 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 5. 大学 ( 短期大学を含む ) 6. 就労 ( 就学中の就労も含む ) 7. 未就学かつ未就労 8. その他 ( )				
現状評価	一つに○印 : 治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能 小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当: しない ・ する ・ 不明 人工呼吸器等装着者認定基準に該当: しない ・ する ・ 不明				
治療見込期間	入院	年 月 日 から	年 月 日 まで		
	通院	年 月 日 から	年 月 日 まで	( 月 回 )	

上記の通り診断します。					
医療機関名			科		
および					
所在地					
平成 年 月 日	医師名		印		
小児慢性特定疾病指定医番号					

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入  
※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入

告示番号	21	内分泌疾患	平成( )年度	小児慢性特定疾病	医療意見書
受給者番号( )	新規登録 ・ 継続 ・ 転入 ( 転出地: )				
患者	ふりがな 氏名	男・女	生年月日	平成 年 月 日 (満 歳)	
出生都道府県 <sup>※1</sup>	出生体重	g		出生週数	在胎 週
現在の身長 <sup>※2</sup>	cm	現在の体重 <sup>※2</sup>	kg	母の生年月日	昭和 平成 年 月 日
発病	年 月 頃	初診日	年 月 日		
大分類病名	30 高ゴナドトロピン性腺機能低下症	細分類病名	64	卵巣形成不全	

該当するものに○をつけ、必要な場合( )に記載

1.臨床所見					
現在の 症状	身長・体重の測定日 ( ) 年 月 ( ) 日)				
	現在の身長 ( ) SD	現在の体重 ( ) SD			
	<b>二次性徴 (Tanner分類)</b>				
	外性器発育 (男子のみ) ( I ・ II ・ III ・ IV ・ V )	発現時の年齢 ( ) 歳 ( ) か月			
乳房発育 (女子のみ) ( I ・ II ・ III ・ IV ・ V )	発現時の年齢 ( ) 歳 ( ) か月				
陰毛発育 (男女とも) ( I ・ II ・ III ・ IV ・ V )	発現時の年齢 ( ) 歳 ( ) か月				

2.検査所見					
診断の 根拠と なつた 主な 検査等 の結果	継続申請の場合は現在の状況を記載				
	<b>血液検査</b>				
	テストステロン ( ) ng/dL				
	<b>LHRH負荷試験</b>				
	LH基礎値 ( ) mIU/mL	LH頂値 ( ) mIU/mL			
	FSH基礎値 ( ) mIU/mL	FSH頂値 ( ) mIU/mL			
	<b>FSH負荷試験</b>				
	E <sub>2</sub> 基礎値 ( ) pg/mL	E <sub>2</sub> 頂値 ( ) pg/mL			
	その他の参考となる血液検査 ( 未実施 ・ 実施 → 所見: )				
	<b>骨年齢</b> 検査日 ( ) 年 月 ( ) 日 ( ) 歳 ( ) か月				
<b>画像所見</b>					
頭部CT・MRI ( 未実施 ・ 実施 → 所見: )					
腹部CT・MRI ( 未実施 ・ 実施 → 所見: )					
腹部超音波検査 ( 未実施 ・ 実施 → 所見: )					
<b>嗅覚検査</b> ( 未実施 ・ 実施 → 所見: )					
<b>遺伝子検査</b> ( 未実施 ・ 実施 → 所見: )					

3.その他の所見					
その他の 現在の 所見など	合併症 ( なし ・ あり → 詳細: )				

4.経過					
現在 な ま で の 治 療	薬物療法など ( なし ・ あり → 補充療法 ・ 機能抑制療法 ・ 他の薬物療法 ・ 運動制限 ・ 手術予定あり ・ 術後 )				

5.今後の療方針					
就学・就労	1. 就学前 2. 小中学校 ( 通常学級・通級・特別支援学級 ) 3. 特別支援学校 ( 小中学部・専攻科を含む高等部 ) 4. 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 5. 大学 ( 短期大学を含む ) 6. 就労 ( 就学中の就労も含む ) 7. 未就学かつ未就労 8. その他 ( )				
現状評価	一つに○印 : 治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能 小児慢性特定疾病重症患者認定基準に該当: しない・する・不明 人工呼吸器等装着者認定基準に該当: しない・する・不明				
治療見込期間	入院	年 月 日 から 年 月 日 まで			
	通院	年 月 日 から 年 月 日 まで ( 月 回 )			

上記の通り診断します。

医療機関名  
および  
所在地

平成 年 月 日 医師名 科 印

小児慢性特定疾病指定医番号

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入  
※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入



告示番号 22 内分泌疾患 平成 ( ) 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書

受給者番号 ( )		新規登録 ・ 継続 ・ 転入 ( 転出地 : )			
患者	ふりがな 氏名	男 ・ 女	生年月日	平成 年 月 日 ( 満 歳 )	
出生都道府県 <sup>※1</sup>		出生体重	g	出生週数	在胎 週
現在の身長 <sup>※2</sup>	cm	現在の体重 <sup>※2</sup>	kg	母の生年月日	昭和 平成 年 月 日
発病	年 月 頃	初診日	年 月 日		
大分類病名	30 高ゴナドトロピン性性腺機能低下症	細分類病名	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	
該当するものに○をつけ、必要な場合 ( ) に記載			具体的な疾患名		

1. 臨床所見

現在の 症状	身長・体重の測定日 ( 年 月 日 )	現在の身長 ( ) SD	現在の体重 ( ) SD
	<b>二次性徴 (Tanner分類)</b>		
	外性器発育 (男子のみ) ( I ・ II ・ III ・ IV ・ V )	発現時の年齢 ( ) 歳 ( ) か月	
	乳房発育 (女子のみ) ( I ・ II ・ III ・ IV ・ V )	発現時の年齢 ( ) 歳 ( ) か月	
	陰毛発育 (男女とも) ( I ・ II ・ III ・ IV ・ V )	発現時の年齢 ( ) 歳 ( ) か月	

2. 検査所見

診断の 根拠と なつた 主な 検査等 の結果	継続申請の場合は現在の状況を記載		
	<b>LHRH負荷試験</b>		
	LH基礎値 ( ) mIU/mL	LH頂値 ( ) mIU/mL	
	FSH基礎値 ( ) mIU/mL	FSH頂値 ( ) mIU/mL	
	<b>hCG負荷試験</b>		
	テストステロン基礎値 ( ) ng/dL	テストステロン頂値 ( ) ng/dL	
	<b>FSH負荷試験</b>		
	E <sub>2</sub> 基礎値 ( ) pg/mL	E <sub>2</sub> 頂値 ( ) pg/mL	
	その他の参考となる血液検査 ( 未実施 ・ 実施 → 所見 : )		
	<b>骨年齢</b> 検査日 ( 年 月 日 ) ( ) 歳 ( ) か月		
<b>画像所見</b>			
頭部CT・MRI ( 未実施 ・ 実施 → 所見 : )			
腹部CT・MRI ( 未実施 ・ 実施 → 所見 : )			
腹部超音波検査 ( 未実施 ・ 実施 → 所見 : )			
<b>嗅覚検査</b> ( 未実施 ・ 実施 → 所見 : )			
<b>遺伝子検査</b> ( 未実施 ・ 実施 → 所見 : )			

3. その他の所見

その他の 現在の 所見など	合併症 ( なし ・ あり → 詳細 : )
---------------------	------------------------

4. 経過

現在 な ま で の 治 療	薬物療法など ( なし ・ あり → 補充療法 ・ 機能抑制療法 ・ 他の薬物療法 ・ 運動制限 ・ 手術予定あり ・ 術後 )
----------------------------------	--

5. 今後の療の方針

就学・就労	1. 就学前 2. 小中学校 ( 通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級 ) 3. 特別支援学校 ( 小中学部 ・ 専攻科を含む高等部 ) 4. 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 5. 大学 ( 短期大学を含む ) 6. 就労 ( 就学中の就労も含む ) 7. 未就学かつ未就労 8. その他 ( )
現状評価	一つに○印 : 治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能 小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当 : しない ・ する ・ 不明 人工呼吸器等装着者認定基準に該当 : しない ・ する ・ 不明
治療見込期間	入院 年 月 日から 年 月 日まで 通院 年 月 日から 年 月 日まで ( 月 回 )

上記の通り診断します。

医療機関名  
および  
所在地

平成 年 月 日 医師名 科 印

小児慢性特定疾病指定医番号

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入  
※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入

告示番号	54	内分泌疾患	平成( )年度	小児慢性特定疾病	医療意見書
受給者番号( )	新規登録 ・ 継続 ・ 転入 ( 転出地: )				
患者	ふりがな 氏名	男・女	生年月日	平成 年 月 日 ( 満 歳 )	
出生都道府県 <sup>※1</sup>	出生体重	g		出生週数	在胎 週
現在の身長 <sup>※2</sup>	cm	現在の体重 <sup>※2</sup>	kg	母の生年月日	昭和 平成 年 月 日
発病	年 月 頃	初診日	年 月 日		
大分類病名	31 性分化疾患	細分類病名	66	卵精巢性性分化疾患	

該当するものに○をつけ、必要な場合( )に記載

1.臨床所見					
現在の 症状	身長・体重の測定日 ( ) 年 月 日)				
	現在の身長 ( ) SD	現在の体重 ( ) SD			
	停留精巣 ( なし ・ あり → 性腺の位置 ( 腹腔内 ・ 鼠蹊部 ・ 陰囊内 ) )				
	尿道下裂 ( なし ・ あり )				
	陰核肥大 ( なし ・ あり )				
陰唇癒合 ( なし ・ あり )					
二次性徴 ( なし ・ あり )					

2.検査所見						
診断の 根拠と なった 主な 検査等 の結果	継続申請の場合は現在の状況を記載					
	<b>血液検査</b>					
	LH ( ) mIU/mL	FSH ( ) mIU/mL				
	テストステロン ( ) ng/dL	E <sub>2</sub> 基礎値 ( ) pg/mL				
	DHEA ( ) ng/mL	DHEA-S ( ) µg/dL				
	テストステロン / デヒドロテストステロン比 ( )					
	アンドロステンジオン ( ) ng/mL					
	<b>hCG負荷試験</b>					
	テストステロン基礎値 ( ) ng/dL	テストステロン頂値 ( ) ng/dL				
	<b>尿中ステロイド分析 ( )</b>					
<b>画像所見 (CT, MRI, 超音波など)</b>						
子宮の存在 ( なし ・ あり )						
<b>性腺組織所見</b>						
( 未実施 ・ 実施 → 両側卵精巣 ・ 片側卵精巣 )						
<b>遺伝学的検査</b>						
染色体核型 ( )						
SRY遺伝子 ( なし ・ あり )						
その他の遺伝子検査 ( 未実施 ・ 実施 → 所見: )						

3.その他の所見					
その他の 現在の 所見など	合併症 ( なし ・ あり → 詳細: )				

4.経過					
現在 な ま で の 治 療	薬物療法など ( なし ・ あり → 補充療法 ・ 機能抑制療法 ・ 他の薬物療法 ・ 運動制限 ・ 手術予定あり ・ 術後 )				

5.今後の療方針					
就学・就労	1. 就学前 2. 小中学校 ( 通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級 ) 3. 特別支援学校 ( 小中学部 ・ 専攻科を含む高等部 ) 4. 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 5. 大学 ( 短期大学を含む ) 6. 就労 ( 就学中の就労も含む ) 7. 未就学かつ未就労 8. その他 ( )				
現状評価	一つに○印 : 治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能 小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当: しない ・ する ・ 不明 人工呼吸器等装着者認定基準に該当: しない ・ する ・ 不明				
治療見込期間	入院	年 月 日 から	年 月 日 まで		
	通院	年 月 日 から	年 月 日 まで	( 月 回 )	

上記の通り診断します。					
医療機関名			科		
および					
所在地					
平成 年 月 日	医師名		印		
小児慢性特定疾病指定医番号					

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入  
※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入

告示番号	52	内分泌疾患	平成( )年度	小児慢性特定疾病	医療意見書
受給者番号( )	新規登録 ・ 継続 ・ 転入 ( 転出地: )				
患者	ふりがな 氏名	男・女	生年月日	平成 年 月 日 (満 歳)	
出生都道府県 <sup>※1</sup>	出生体重	g		出生週数	在胎 週
現在の身長 <sup>※2</sup>	cm	現在の体重 <sup>※2</sup>	kg	母の生年月日	昭和 平成 年 月 日
発病	年 月 頃	初診日	年 月 日		
大分類病名	31 性分化疾患	細分類病名	67	混合性性腺異形成症	

該当するものに○をつけ、必要な場合( )に記載

1.臨床所見					
現在の 症状	身長・体重の測定日 ( ) 年 月 (日)				
	現在の身長 ( ) SD	現在の体重 ( ) SD			
	停留精巣 ( なし ・ あり )	性腺の位置 ( 腹腔内 ・ 鼠蹊部 ・ 陰囊内 )			
	尿道下裂 ( なし ・ あり )				
	陰核肥大 ( なし ・ あり )				
	陰唇癒合 ( なし ・ あり )				
	二次性徴 ( なし ・ あり )				

2.検査所見						
診断の 根拠と なった 主な 検査等 の結果	継続申請の場合は現在の状況を記載					
	<b>血液検査</b>					
	LH ( ) mIU/mL	FSH ( ) mIU/mL				
	テストステロン ( ) ng/dL	E <sub>2</sub> 基礎値 ( ) pg/mL				
	DHEA ( ) ng/mL	DHEA-S ( ) µg/dL				
	テストステロン / デヒドロテストステロン比 ( )					
	アンドロステンジオン ( ) ng/mL					
	<b>hCG負荷試験</b>					
	テストステロン基礎値 ( ) ng/dL	テストステロン頂値 ( ) ng/dL				
	<b>尿中ステロイド分析 ( )</b>					
<b>画像所見 (CT, MRI, 超音波など)</b>						
子宮の存在 ( なし ・ あり )						
<b>性腺組織所見</b>						
片側精巣片側索状性腺 ( なし ・ あり )						
<b>遺伝学的検査</b>						
染色体核型 ( )						
SRY遺伝子 ( なし ・ あり )						
その他の遺伝子検査 ( 未実施 ・ 実施 → 所見: )						

3.その他の所見					
その他の 現在の 所見など	合併症 ( なし ・ あり → 詳細: )				

4.経過					
現在 な ま で の 治 療	薬物療法など ( なし ・ あり → 補充療法 ・ 機能抑制療法 ・ 他の薬物療法 ・ 運動制限 ・ 手術予定あり ・ 術後 )				

5.今後の療の方針					
就学・就労	1. 就学前 2. 小中学校 ( 通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級 ) 3. 特別支援学校 ( 小中学部 ・ 専攻科を含む高等部 ) 4. 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 5. 大学 ( 短期大学を含む ) 6. 就労 ( 就学中の就労も含む ) 7. 未就学かつ未就労 8. その他 ( )				
現状評価	一つに○印 : 治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能 小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当: しない ・ する ・ 不明 人工呼吸器等装着者認定基準に該当: しない ・ する ・ 不明				
治療見込期間	入院	年 月 日 から 年 月 日 まで			
	通院	年 月 日 から 年 月 日 まで ( 月 回 )			

上記の通り診断します。					
		医療機関名			
		および			
		所在地			
平成	年	月	日	医師名	科 印
小児慢性特定疾病指定医番号					

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入  
※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入

告示番号	50	内分泌疾患	平成( )年度	小児慢性特定疾病	医療意見書
受給者番号( )	新規登録 ・ 継続 ・ 転入 ( 転出地: )				
患者	ふりがな 氏名	男・女	生年月日	平成 年 月 日 (満 歳)	
出生都道府県 <sup>※1</sup>		出生体重	g	出生週数	在胎 週
現在の身長 <sup>※2</sup>	cm	現在の体重 <sup>※2</sup>	kg	母の生年月日	昭和 平成 年 月 日
発病	年 月 頃	初診日	年 月 日		
大分類病名	31 性分化疾患	細分類病名	68	5a-還元酵素欠損症	

該当するものに○をつけ、必要な場合( )に記載

1.臨床所見					
現在の 症状	身長・体重の測定日 ( ) 年 月 (日)				
	現在の身長 ( ) SD	現在の体重 ( ) SD			
	停留精巣 ( なし ・ あり )	性腺の位置 ( 腹腔内 ・ 鼠蹊部 ・ 陰嚢内 )			
	尿道下裂 ( なし ・ あり )				
	陰核肥大 ( なし ・ あり )				
	陰唇癒合 ( なし ・ あり )				
	二次性徴 ( なし ・ あり )				

2.検査所見						
診断の 根拠と なつた 主な 検査等 の結果	継続申請の場合は現在の状況を記載					
	<b>血液検査</b>					
	LH ( ) mIU/mL	FSH ( ) mIU/mL				
	テストステロン ( ) ng/dL	E <sub>2</sub> 基礎値 ( ) pg/mL				
	DHEA ( ) ng/mL	DHEA-S ( ) µg/dL				
	テストステロン / デヒドロテストステロン比 ( )					
	アンドロステンジオン ( ) ng/mL					
	<b>hCG負荷試験</b>					
	テストステロン基礎値 ( ) ng/dL	テストステロン頂値 ( ) ng/dL				
	<b>尿中ステロイド分析 ( )</b>					
<b>画像所見 (CT, MRI, 超音波など)</b>						
子宮の存在 ( なし ・ あり )						
<b>性腺組織所見</b>						
片側精巣片側索状性腺 ( なし ・ あり )						
<b>遺伝学的検査</b>						
染色体核型 ( )						
SRY遺伝子 ( なし ・ あり )						
その他の遺伝子検査 ( 未実施 ・ 実施 → 所見: )						

3.その他の所見					
その他の 現在の 所見など	合併症 ( なし ・ あり → 詳細: )				

4.経過					
現在 なま まで 治療 の	薬物療法など ( なし ・ あり → 補充療法 ・ 機能抑制療法 ・ 他の薬物療法 ・ 運動制限 ・ 手術予定あり ・ 術後 )				

5.今後の療の方針					
就学・就労	1. 就学前 2. 小中学校 ( 通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級 ) 3. 特別支援学校 ( 小中学部 ・ 専攻科を含む高等部 ) 4. 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 5. 大学 ( 短期大学を含む ) 6. 就労 ( 就学中の就労も含む ) 7. 未就学かつ未就労 8. その他 ( )				
現状評価	一つに○印 : 治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能 小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当: しない ・ する ・ 不明 人工呼吸器等装着者認定基準に該当: しない ・ する ・ 不明				
治療見込期間	入院	年 月 日 から 年 月 日 まで			
	通院	年 月 日 から 年 月 日 まで ( 月 回 )			

上記の通り診断します。					
平成 年 月 日			医療機関名 および 所在地		
			科		
			医師名		
			印		
小児慢性特定疾病指定医番号					

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入  
※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入

告示番号	49	内分泌疾患	平成( )年度	小児慢性特定疾病	医療意見書
受給者番号( )	新規登録 ・ 継続 ・ 転入 ( 転出地: )				
患者	ふりがな 氏名	男・女	生年月日	平成 年 月 日 ( 満 歳 )	
出生都道府県 <sup>※1</sup>		出生体重	g	出生週数	在胎 週
現在の身長 <sup>※2</sup>	cm	現在の体重 <sup>※2</sup>	kg	母の生年月日	昭和 平成 年 月 日
発病	年 月 頃	初診日	年 月 日		
大分類病名	31 性分化疾患	細分類病名	69	17β-ヒドロキシステロイド脱水素酵素欠損症	

該当するものに○をつけ、必要な場合( )に記載

1.臨床所見					
現在の 症状	身長・体重の測定日 ( ) 年 月 日)				
	現在の身長 ( ) SD	現在の体重 ( ) SD			
	停留精巣 ( なし ・ あり → 性腺の位置 ( 腹腔内 ・ 鼠蹊部 ・ 陰嚢内 ) )				
	尿道下裂 ( なし ・ あり )				
	陰核肥大 ( なし ・ あり )				
陰唇癒合 ( なし ・ あり )					
二次性徴 ( なし ・ あり )					

2.検査所見						
診 断 の 根 拠 と な っ た 主 な 検 査 等 の 結 果	継続申請の場合は現在の状況を記載					
	<b>血液検査</b>					
	LH ( ) mIU/mL	FSH ( ) mIU/mL				
	テストステロン ( ) ng/dL	E <sub>2</sub> 基礎値 ( ) pg/mL				
	DHEA ( ) ng/mL	DHEA-S ( ) μg/dL				
	テストステロン / デヒドロテストステロン比 ( )					
	アンドロステンジオン ( ) ng/mL					
	<b>hCG負荷試験</b>					
	テストステロン基礎値 ( ) ng/dL	テストステロン頂値 ( ) ng/dL				
	<b>尿中ステロイド分析 ( )</b>					
<b>画像所見 (CT, MRI, 超音波など)</b>						
子宮の存在 ( なし ・ あり )						
<b>性腺組織所見</b>						
片側精巣片側索状性腺 ( なし ・ あり )						
<b>遺伝学的検査</b>						
染色体核型 ( )						
SRY遺伝子 ( なし ・ あり )						
その他の遺伝子検査 ( 未実施 ・ 実施 → 所見: )						

3.その他の所見					
その他の現在の所見など	合併症 ( なし ・ あり → 詳細: )				

4.経過					
現在の主な治療	薬物療法など ( なし ・ あり → 補充療法 ・ 機能抑制療法 ・ 他の薬物療法 ・ 運動制限 ・ 手術予定あり ・ 術後 )				

5.今後の療方針					
就学・就労	1. 就学前 2. 小中学校 ( 通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級 ) 3. 特別支援学校 ( 小中学部 ・ 専攻科を含む高等部 ) 4. 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 5. 大学 ( 短期大学を含む ) 6. 就労 ( 就学中の就労も含む ) 7. 未就学かつ未就労 8. その他 ( )				
現状評価	一つに○印 : 治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能 小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当: しない ・ する ・ 不明 人工呼吸器等装着者認定基準に該当: しない ・ する ・ 不明				
治療見込期間	入院	年 月 日 から	年 月 日 まで		
	通院	年 月 日 から	年 月 日 まで	( 月 回 )	

上記の通り診断します。					
医療機関名			科		
および			所在地		
平成 年 月 日	医師名		印		
小児慢性特定疾病指定医番号					

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入  
※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入

告示番号	43	内分泌疾患	平成( )年度	小児慢性特定疾病	医療意見書
受給者番号( )	新規登録 ・ 継続 ・ 転入 ( 転出地: )				
患者	ふりがな 氏名	男・女	生年月日	平成	年 月 日 ( 満 歳 )
出生都道府県 <sup>※1</sup>		出生体重	g	出生週数	在胎 週
現在の身長 <sup>※2</sup>	cm	現在の体重 <sup>※2</sup>	kg	母の生年月日	昭和 平成 年 月 日
発病	年 月 頃	初診日	年 月 日		
大分類病名	31 性分化疾患	細分類病名	70	アンドロゲン不応症	

該当するものに○をつけ、必要な場合( )に記載

1. 臨床所見					
現在の 症状	身長・体重の測定日 ( ) 年 月 日)				
	現在の身長 ( ) SD	現在の体重 ( ) SD			
	停留精巣 ( なし ・ あり → 性腺の位置 ( 腹腔内 ・ 鼠蹊部 ・ 陰囊内 ) )				
	尿道下裂 ( なし ・ あり )				
	陰核肥大 ( なし ・ あり )				
陰唇癒合 ( なし ・ あり )					
二次性徴 ( なし ・ あり )					

2. 検査所見						
診断の 根拠とな った主な 検査等の 結果	継続申請の場合は現在の状況を記載					
	血液検査					
	LH ( ) mIU/mL	FSH ( ) mIU/mL				
	LH / FSH ( )					
	テストステロン ( ) ng/dL	E <sub>2</sub> 基礎値 ( ) pg/mL				
	DHEA ( ) ng/mL	DHEA-S ( ) μg/dL				
	テストステロン / デヒドロテストステロン比 ( )					
	アンドロステンジオン ( ) ng/mL					
	hCG負荷試験					
	テストステロン基礎値 ( ) ng/dL	テストステロン頂値 ( ) ng/dL				
尿中ステロイド分析 ( )						
画像所見 ( CT, MRI, 超音波など )						
子宮の存在 ( なし ・ あり )						
性腺組織所見						
片側精巣片側索状性腺 ( なし ・ あり )						
遺伝学的検査						
染色体核型 ( )						
SRY遺伝子 ( なし ・ あり )						
その他の遺伝子検査 ( 未実施 ・ 実施 → 所見: )						

3. その他の所見					
その他の 現在の 所見など	合併症 ( なし ・ あり → 詳細: )				

4. 経過					
現在 なまで 治療 の	薬物療法など ( なし ・ あり → 補充療法 ・ 機能抑制療法 ・ 他の薬物療法 ・ 運動制限 ・ 手術予定あり ・ 術後 )				

5. 今後の療の方針					
就学・就労	1. 就学前 2. 小中学校 ( 通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級 ) 3. 特別支援学校 ( 小中学部 ・ 専攻科を含む高等部 ) 4. 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 5. 大学 ( 短期大学を含む ) 6. 就労 ( 就学中の就労も含む ) 7. 未就学かつ未就労 8. その他 ( )				
現状評価	一つに○印 : 治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能 小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当: しない ・ する ・ 不明 人工呼吸器等装着者認定基準に該当: しない ・ する ・ 不明				
治療見込期間	入院	年 月 日 から	年 月 日 まで		
	通院	年 月 日 から	年 月 日 まで	( 月 回 )	

上記の通り診断します。					
平成 年 月 日			医療機関名 および 所在地		
			科		
			医師名		
			印		
小児慢性特定疾病指定医番号					

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入  
※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入

告示番号 51 内分泌疾患 平成 ( ) 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書

受給者番号 ( )		新規登録 ・ 継続 ・ 転入 ( 転出地 : )			
患者	ふりがな 氏名	男 ・ 女	生年月日	平成 年 月 日 ( 満 歳 )	
出生都道府県 <sup>※1</sup>		出生体重	g	出生週数	在胎 週
現在の身長 <sup>※2</sup>	cm	現在の体重 <sup>※2</sup>	kg	母の生年月日	昭和 平成 年 月 日
発病	年 月 頃	初診日	年 月 日		
大分類病名	31 性分化疾患	細分類病名	71	68から70までに掲げるもののほか、46,XY性分化疾患	

該当するものに○をつけ、必要な場合 ( ) に記載

1. 臨床所見

現在の 症 状	身長・体重の測定日 ( 年 月 日 )	現在の身長 ( ) SD	現在の体重 ( ) SD
	停留精巣 ( なし ・ あり → 性腺の位置 ( 腹腔内 ・ 鼠蹊部 ・ 陰囊内 ) )		
	尿道下裂 ( なし ・ あり )		
	陰核肥大 ( なし ・ あり )		
	陰唇癒合 ( なし ・ あり )		
	二次性徴 ( なし ・ あり )		

2. 検査所見

診 断 の 根 拠 と な っ た 主 な 検 査 等 の 結 果	継続申請の場合は現在の状況を記載			
	<b>血液検査</b>			
	LH ( ) mIU/mL	FSH ( ) mIU/mL		
	LH / FSH ( )			
	テストステロン ( ) ng/dL	E <sub>2</sub> 基礎値 ( ) pg/mL		
	DHEA ( ) ng/mL	DHEA-S ( ) μg/dL		
	テストステロン / デヒドロテストステロン比 ( )			
	アンドロステンジオン ( ) ng/mL			
	<b>hCG負荷試験</b>			
	テストステロン基礎値 ( ) ng/dL	テストステロン頂値 ( ) ng/dL		
<b>尿中ステロイド分析 ( )</b>				
<b>画像所見 (CT, MRI, 超音波など)</b>				
子宮の存在 ( なし ・ あり )				
<b>性腺組織所見</b>				
( 未実施 ・ 実施 → 両側卵精巣 ・ 片側卵精巣 )				
<b>遺伝学的検査</b>				
染色体核型 ( )				
SRY遺伝子 ( なし ・ あり )				
その他の遺伝子検査 ( 未実施 ・ 実施 → 所見 : )				

3. その他の所見

その他の現在の所見など	合併症 ( なし ・ あり → 詳細 : )
-------------	------------------------

4. 経過

現在までの治療	薬物療法など ( なし ・ あり → 補充療法 ・ 機能抑制療法 ・ 他の薬物療法 ・ 運動制限 ・ 手術予定あり ・ 術後 )
---------	--

5. 今後の療方針

就学・就労	1. 就学前 2. 小中学校 ( 通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級 ) 3. 特別支援学校 ( 小中学部 ・ 専攻科を含む高等部 ) 4. 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 5. 大学 ( 短期大学を含む ) 6. 就労 ( 就学中の就労も含む ) 7. 未就学かつ未就労 8. その他 ( )
現状評価	一つに○印 : 治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能 小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当 : しない ・ する ・ 不明 人工呼吸器等装着者認定基準に該当 : しない ・ する ・ 不明
治療見込期間	入院 年 月 日から 年 月 日まで 通院 年 月 日から 年 月 日まで ( 月 回 )

上記の通り診断します。

医療機関名  
および  
所在地

平成 年 月 日 医師名 科 印

小児慢性特定疾病指定医番号

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入  
※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入

告示番号	53	内分泌疾患	平成( )年度	小児慢性特定疾病	医療意見書
受給者番号( )	新規登録 ・ 継続 ・ 転入 ( 転出地: )				
患者	ふりがな 氏名	男・女	生年月日	平成 年 月 日 (満 歳)	
出生都道府県 <sup>※1</sup>		出生体重	g	出生週数	在胎 週
現在の身長 <sup>※2</sup>	cm	現在の体重 <sup>※2</sup>	kg	母の生年月日	昭和 平成 年 月 日
発病	年 月 頃	初診日	年 月 日		
大分類病名	31 性分化疾患	細分類病名	72	46,XX性分化疾患	

該当するものに○をつけ、必要な場合( )に記載

1.臨床所見					
現在の 症状	身長・体重の測定日 ( 年 月 日)				
	現在の身長 ( ) SD		現在の体重 ( ) SD		
	陰核肥大 ( なし ・ あり )				
	陰唇癒合 ( なし ・ あり )				
二次性徴 ( なし ・ あり )					

2.検査所見						
診断の 根拠と なった 主な 検査等 の結果	継続申請の場合は現在の状況を記載					
	血液検査					
	LH	( )	mIU/mL	FSH	( )	mIU/mL
	テストステロン	( )	ng/dL	E <sub>2</sub> 基礎値	( )	pg/mL
	DHEA	( )	ng/mL	DHEA-S	( )	µg/dL
	テストステロン / デヒドロテストステロン比 ( )					
	アンドロステンジオン	( )	ng/mL			
	hCG負荷試験					
	テストステロン基礎値	( )	ng/dL	テストステロン頂値	( )	ng/dL
	尿中ステロイド分析 ( )					
画像所見 (CT, MRI, 超音波など)						
子宮の存在 ( なし ・ あり )						
性腺組織所見						
片側精巣片側索状性腺 ( なし ・ あり )						
遺伝学的検査						
染色体核型 ( )						
SRY遺伝子 ( なし ・ あり )						
その他の遺伝子検査 ( 未実施 ・ 実施 → 所見: )						

3.その他の所見					
その他の 現在の 所見など	合併症 ( なし ・ あり → 詳細: )				

4.経過					
現在 な ま で の 治 療	薬物療法など ( なし ・ あり → 補充療法 ・ 機能抑制療法 ・ 他の薬物療法 ・ 運動制限 ・ 手術予定あり ・ 術後 )				

5.今後の療方針					
就学・就労	1. 就学前 2. 小中学校 ( 通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級 ) 3. 特別支援学校 ( 小中学部 ・ 専攻科を含む高等部 ) 4. 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 5. 大学 ( 短期大学を含む ) 6. 就労 ( 就学中の就労も含む ) 7. 未就学かつ未就労 8. その他 ( )				
現状評価	一つに○印 : 治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能 小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当: しない ・ する ・ 不明 人工呼吸器等装着者認定基準に該当: しない ・ する ・ 不明				
治療見込期間	入院	年 月 日から 年 月 日まで			
	通院	年 月 日から 年 月 日まで ( 月 回 )			

上記の通り診断します。					
平成 年 月 日			医療機関名 および 所在地		
			科		
			医師名		
			印		
小児慢性特定疾病指定医番号					

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入  
※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入



告示番号	43	内分泌疾患	平成( )年度	小児慢性特定疾病	医療意見書
受給者番号( )	新規登録 ・ 継続 ・ 転入 ( 転出地: )				
患者	ふりがな 氏名	男・女	生年月日	平成	年 月 日 ( 満 歳 )
出生都道府県 <sup>※1</sup>		出生体重	g	出生週数	在胎 週
現在の身長 <sup>※2</sup>	cm	現在の体重 <sup>※2</sup>	kg	母の生年月日	昭和 平成 年 月 日
発病	年 月 頃	初診日	年 月 日		
大分類病名	32	消化管ホルモン産生腫瘍	細分類病名	73	VIP産生腫瘍

該当するものに○をつけ、必要な場合( )に記載

1.臨床所見					
現在の 症 状	身長・体重の測定日 ( ) 年 月 ( ) 日				
	現在の身長 ( ) SD 現在の体重 ( ) SD				
	水様性下痢 ( なし ・ あり )				
	紅潮 ( なし ・ あり )				
	低カリウム血症 ( なし ・ あり )				
その他の特記すべき症状 ( なし ・ あり → 所見: )					

2.検査所見						
診 断 の 根 拠 と な っ た 主 な 検 査 等 の 結 果	継続申請の場合は現在の状況を記載					
	血液検査					
	血清K ( ) mEq/L		血清Ca ( ) mg/dL			
	血清アルブミン ( ) g/dL		補正Ca ( ) mg/dL			
	intact PTH ( ) pg/mL					
	VIP <sup>※</sup> ( 未実施 ・ 実施 → ( ) pg/mL )		※ 保健適外			
	便浸透圧ギャップ <sup>※</sup> ( ) mOsm/kg・H <sub>2</sub> O		※ 290 - 2 × ( 便中Na + 便中K )			
	消化管内視鏡検査					
	( 未実施 ・ 実施 → 所見: )					
	画像所見 ( 未実施 ・ 実施 <sup>※</sup> )					
※実施の場合 → 検査名 ( CT ・ MRI ・ その他 ( ) )						
所見 ( )						
その他の検査 ( 未実施 ・ 実施 <sup>※</sup> )						
※実施の場合 → 検査名 ( )						
所見 ( )						

3.その他の所見					
その他の 現在の 所見など	合併症 ( なし ・ あり → 詳細: )				

4.経 過					
現在 な ま だ の 治 療	薬物療法など ( なし ・ あり → 補充療法 ・ 機能抑制療法 ・ 他の薬物療法 ・ 運動制限 ・ 手術予定あり ・ 術後 )				

5.今後の療の方針					
就学・就労	1. 就学前 2. 小中学校 ( 通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級 ) 3. 特別支援学校 ( 小中学部 ・ 専攻科を含む高等部 ) 4. 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 5. 大学 ( 短期大学を含む ) 6. 就労 ( 就学中の就労も含む ) 7. 未就学かつ未就労 8. その他 ( )				
現状評価	一つに○印 : 治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能 小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当: しない ・ する ・ 不明 人工呼吸器等装着者認定基準に該当: しない ・ する ・ 不明				
治療見込期間	入院	年 月 日 から 年 月 日 まで			
	通院	年 月 日 から 年 月 日 まで ( 月 回 )			

上記の通り診断します。					
平成 年 月 日			医療機関名 および 所在地		
			科		
			医師名		
			印		
小児慢性特定疾病指定医番号					

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入  
※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入

告示番号	41	内分泌疾患	平成( )年度	小児慢性特定疾病	医療意見書
受給者番号( )	新規登録 ・ 継続 ・ 転入 ( 転出地: )				
患者	ふりがな 氏名	男・女	生年月日	平成 年 月 日 (満 歳)	
出生都道府県※1		出生体重	g	出生週数	在胎 週
現在の身長※2	cm	現在の体重※2	kg	母の生年月日	昭和 平成 年 月 日
発病	年 月 頃	初診日	年 月 日		
大分類病名	32 消化管ホルモン産生腫瘍	細分類病名	74	ガストリノーマ	

該当するものに○をつけ、必要な場合( )に記載

1.臨床所見					
現在の 症状	身長・体重の測定日 ( 年 月 日)				
	現在の身長 ( ) SD 現在の体重 ( ) SD				
	消化性潰瘍 ( なし ・ あり )				
	下痢・消化不良 ( なし ・ あり )				
その他の特記すべき症状 ( なし ・ あり → 所見: )					

2.検査所見						
診断の 根拠とな った主な 検査等 の結果	継続申請の場合は現在の状況を記載					
	<b>血液検査</b>					
	ガストリン (IRG) ( ) pg/mL		血清Ca ( ) mg/dL			
	血清アルブミン ( ) g/dL		補正Ca ( ) mg/dL			
	intact PTH ( ) pg/mL					
	<b>カルシウム負荷試験</b>					
	ガストリン (IRG) 頂値 ( ) pg/mL					
	<b>セクレチン負荷試験</b>					
	( 未実施 ・ 実施 → ガストリン (IRG) 頂値 ( ) pg/mL )					
	<b>胃酸過剰分泌</b> ( なし ・ あり → 胃酸分泌測定検査 ・ 24時間pHモニタリング )					
<b>消化管内視鏡検査</b>						
( 未実施 ・ 実施 → 所見: )						
<b>画像所見</b> ( 未実施 ・ 実施※ )						
※実施の場合 → 検査名 ( CT ・ MRI ・ その他 ( ) )						
所見 ( )						
<b>その他の検査</b> ( 未実施 ・ 実施※ )						
※実施の場合 → 検査名 ( )						
所見 ( )						

3.その他の所見					
その他の 現在の 所見など	合併症 ( なし ・ あり → 詳細: )				

4.経過					
現在 までの 治療	薬物療法など ( なし ・ あり → 補充療法 ・ 機能抑制療法 ・ 他の薬物療法 ・ 運動制限 ・ 手術予定あり ・ 術後 )				

5.今後の療方針					
就学・就労	1. 就学前 2. 小中学校 ( 通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級 ) 3. 特別支援学校 ( 小中学部 ・ 専攻科を含む高等部 ) 4. 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 5. 大学 ( 短期大学を含む ) 6. 就労 ( 就学中の就労も含む ) 7. 未就学かつ未就労 8. その他 ( )				
現状評価	一つに○印 : 治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能 小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当: しない ・ する ・ 不明 人工呼吸器等装着者認定基準に該当: しない ・ する ・ 不明				
治療見込期間	入院	年 月 日から 年 月 日まで			
	通院	年 月 日から 年 月 日まで ( 月 回 )			

上記の通り診断します。					
平成 年 月 日			医療機関名 および 所在地		
			科		
			医師名		
			印		
小児慢性特定疾病指定医番号					

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入  
※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入

告示番号	42	内分泌疾患	平成( )年度	小児慢性特定疾病	医療意見書
受給者番号( )	新規登録 ・ 継続 ・ 転入 ( 転出地: )				
患者	ふりがな 氏名	男・女	生年月日	平成 年 月 日 (満 歳)	
出生都道府県※1		出生体重	g	出生週数	在胎 週
現在の身長※2	cm	現在の体重※2	kg	母の生年月日	昭和 平成 年 月 日
発病	年 月 頃	初診日	年 月 日		
大分類病名	32 消化管ホルモン産生腫瘍	細分類病名	75	カルチノイド症候群	

該当するものに○をつけ、必要な場合( )に記載

1.臨床所見					
現在の 症状	身長・体重の測定日 ( 年 月 日)				
	現在の身長 ( ) SD 現在の体重 ( ) SD				
	顔面紅潮 ( なし ・ あり )				
	下痢 ( なし ・ あり )				
その他の特記すべき症状 ( なし ・ あり → 所見: )					

2.検査所見						
診断の 根拠とな った主な 検査等 の結果	継続申請の場合は現在の状況を記載					
	血液検査					
	セロトニン ( ) ng/mL		血清Ca ( ) mg/dL			
	血清アルブミン ( ) g/dL		補正Ca ( ) mg/dL			
	intact PTH ( ) pg/mL					
	尿中5-HIAA ( ) mg/day					
	消化管内視鏡検査					
	( 未実施 ・ 実施 → 所見: )					
	画像所見 ( 未実施 ・ 実施※ )					
	※実施の場合 → 検査名 ( CT ・ MRI ・ その他 ( ) )					
所見 ( )						
その他の検査 ( 未実施 ・ 実施※ )						
※実施の場合 → 検査名 ( )						
所見 ( )						

3.その他の所見					
その他の 現在の 所見など	合併症 ( なし ・ あり → 詳細: )				

4.経過					
現在 までの 治療	薬物療法など ( なし ・ あり → 補充療法 ・ 機能抑制療法 ・ 他の薬物療法 ・ 運動制限 ・ 手術予定あり ・ 術後 )				

5.今後の療方針					
就学・就労	1. 就学前 2. 小中学校 ( 通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級 ) 3. 特別支援学校 ( 小中学部 ・ 専攻科を含む高等部 ) 4. 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 5. 大学 ( 短期大学を含む ) 6. 就労 ( 就学中の就労も含む ) 7. 未就学かつ未就労 8. その他 ( )				
現状評価	一つに○印 : 治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能 小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当: しない ・ する ・ 不明 人工呼吸器等装着者認定基準に該当: しない ・ する ・ 不明				
治療見込期間	入院	年 月 日 から 年 月 日 まで			
	通院	年 月 日 から 年 月 日 まで ( 月 回 )			

上記の通り診断します。					
平成 年 月 日			医療機関名 および 所在地		
医師名			科		
小児慢性特定疾病指定医番号					

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入  
※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入

告示番号	15	内分泌疾患	平成( )年度	小児慢性特定疾病	医療意見書
受給者番号( )	新規登録 ・ 継続 ・ 転入 ( 転出地: )				
患者	ふりがな 氏名	男・女	生年月日	平成 年 月 日 (満 歳)	
出生都道府県 <sup>※1</sup>		出生体重	g	出生週数	在胎 週
現在の身長 <sup>※2</sup>	cm	現在の体重 <sup>※2</sup>	kg	母の生年月日	昭和 平成 年 月 日
発病	年 月 頃	初診日	年 月 日		
大分類病名	33	グルカゴノーマ	細分類病名	76	グルカゴノーマ

該当するものに○をつけ、必要な場合( )に記載

1.臨床所見					
現在の 症状	身長・体重の測定日 ( 年 月 日)				
	現在の身長 ( ) SD	現在の体重 ( ) SD			
	体重減少 ( なし ・ あり )	皮疹または口内炎・舌炎 ( なし ・ あり )	悪心・嘔気・嘔吐 ( なし ・ あり )		
	腹痛 ( なし ・ あり )	全身倦怠 ( なし ・ あり )	口渇 ( なし ・ あり )		
	食欲不振 ( なし ・ あり )	腹部腫瘍 ( なし ・ あり )			
その他の特記すべき症状 ( なし ・ あり → 所見: )					

2.検査所見						
診断の 根拠と なった 主な 検査 等 の 結果	継続申請の場合は現在の状況を記載					
	<b>血液検査</b>					
	グルカゴン ( ) ng/mL	血清Ca ( ) mg/dL				
	血清アルブミン ( ) g/dL	補正Ca ( ) mg/dL				
	intact PTH ( ) pg/mL	低アミノ酸血症 ( なし ・ あり )				
	正色素性貧血 ( なし ・ あり )					
	糖尿病・耐糖能低下 ( なし ・ あり )					
	<b>消化管内視鏡検査</b>					
	( 未実施 ・ 実施 → 所見: )					
	<b>画像所見</b> ( 未実施 ・ 実施 <sup>※</sup> )					
※実施の場合 → 検査名 ( CT ・ MRI ・ その他 ( ) )						
所見 ( )						
<b>その他の検査</b> ( 未実施 ・ 実施 <sup>※</sup> )						
※実施の場合 → 検査名 ( )						
所見 ( )						

3.その他の所見					
その他の 現在の 所見など	合併症 ( なし ・ あり → 詳細: )				

4.経過					
現在 な ま で の 治 療	薬物療法など ( なし ・ あり → 補充療法 ・ 機能抑制療法 ・ 他の薬物療法 ・ 運動制限 ・ 手術予定あり ・ 術後 )				

5.今後の療の方針					
就学・就労	1. 就学前 2. 小中学校 ( 通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級 ) 3. 特別支援学校 ( 小中学部 ・ 専攻科を含む高等部 ) 4. 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 5. 大学 ( 短期大学を含む ) 6. 就労 ( 就学中の就労も含む ) 7. 未就学かつ未就労 8. その他 ( )				
現状評価	一つに○印 : 治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能 小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当: しない ・ する ・ 不明 人工呼吸器等装着者認定基準に該当: しない ・ する ・ 不明				
治療見込期間	入院	年 月 日 から 年 月 日 まで			
	通院	年 月 日 から 年 月 日 まで ( 月 回 )			

上記の通り診断します。					
平成 年 月 日			医療機関名 および 所在地		
			科		
			医師名		
			印		
小児慢性特定疾病指定医番号					

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入  
※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入

告示番号	17	内分泌疾患	平成( )年度	小児慢性特定疾病	医療意見書
受給者番号( )	新規登録 ・ 継続 ・ 転入 ( 転出地: )				
患者	ふりがな 氏名	男・女	生年月日	平成	年 月 日 (満 歳)
出生都道府県 <sup>※1</sup>		出生体重	g	出生週数	在胎 週
現在の身長 <sup>※2</sup>	cm	現在の体重 <sup>※2</sup>	kg	母の生年月日	昭和 平成 年 月 日
発病	年 月 頃	初診日	年 月 日		
大分類病名	34 高インスリン血症性低血糖症	細分類病名	77 インスリンノーマ		

該当するものに○をつけ、必要な場合( )に記載

1.臨床所見					
現在の 症状	身長・体重の測定日 ( 年 月 日)				
	現在の身長 ( ) SD	現在の体重 ( ) SD			
	低血糖発作 ( なし ・ あり )	意識障害 ( なし ・ あり )	けいれん ( なし ・ あり )		
	発汗 ( なし ・ あり )	振戦 ( なし ・ あり )			
その他の特記すべき症状 ( なし ・ あり → 所見: )					

2.検査所見					
診断の 根拠と なった 主な 検査等 の結果	継続申請の場合は現在の状況を記載				
	<b>血液検査</b> 低血糖時の検査 ( なし ・ あり <sup>※</sup> )				
	※低血糖時の検査がある場合 → 血糖 ( ) mg/dL インスリン (IRI) ( ) μU/mL				
	プロインスリン ( ) μU/mL Cペプチド (CPR) ( ) ng/mL				
	<b>グルカゴン負荷試験</b>				
	( なし ・ あり → 血糖 (負荷前) ( ) mg/dL 血糖 (頂値) ( ) mg/dL )				
	血清K ( ) mEq/L 血清Ca ( ) mg/dL				
	血清アルブミン ( ) g/dL 補正Ca ( ) mg/dL				
	intact PTH ( ) pg/mL				
	<b>消化管内視鏡検査 (超音波内視鏡を含む)</b>				
( 未実施 ・ 実施 → 所見: )					
<b>画像所見</b> ( 未実施 ・ 実施 <sup>※</sup> )					
※実施の場合 → 検査名 ( CT ・ MRI ・ 超音波検査 ・ 血管造影 ・ その他 ( ) )					
所見 ( )					
<b>その他の検査</b> ( 未実施 ・ 実施 <sup>※</sup> )					
※実施の場合 → 検査名 ( )					
所見 ( )					

3.その他の所見					
その他の 現在の 所見など	合併症 ( なし ・ あり → 詳細: )				

4.経過					
現在 までの 治療	薬物療法など ( なし ・ あり → 補充療法 ・ 機能抑制療法 ・ 他の薬物療法 ・ 運動制限 ・ 手術予定あり ・ 術後 )				

5.今後の療方針					
就学・就労	1. 就学前 2. 小中学校 ( 通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級 ) 3. 特別支援学校 ( 小中学部 ・ 専攻科を含む高等部 ) 4. 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 5. 大学 ( 短期大学を含む ) 6. 就労 ( 就学中の就労も含む ) 7. 未就学かつ未就労 8. その他 ( )				
現状評価	一つに○印 : 治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能 小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当 : しない ・ する ・ 不明 人工呼吸器等装着者認定基準に該当 : しない ・ する ・ 不明				
治療見込期間	入院	年 月 日 から	年 月 日 まで		
	通院	年 月 日 から	年 月 日 まで	( 月 回 )	

上記の通り診断します。					
医療機関名 および 所在地			科		
平成	年	月	日	医師名	印
小児慢性特定疾病指定医番号					

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入  
※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入

告示番号	18	内分泌疾患	平成 ( ) 年度	小児慢性特定疾病 医療意見書
受給者番号 ( )	新規登録 ・ 継続 ・ 転入 ( 転出地 : )			
患者	ふりがな 氏名	男 ・ 女	生年月日	平成 年 月 日 ( 満 歳 )
出生都道府県 <sup>※1</sup>		出生体重	g	出生週数 在胎 週
現在の身長 <sup>※2</sup>	cm	現在の体重 <sup>※2</sup>	kg	母の生年月日 昭和 平成 年 月 日
発病	年 月 頃	初診日	年 月 日	
大分類病名	34 高インスリン血症性低血糖症	細分類病名	78	先天性高インスリン血症

該当するものに○をつけ、必要な場合 ( ) に記載

<b>1. 臨床所見</b>				
現在の 症 状	身長・体重の測定日 ( 年 月 日 )			
	現在の身長 ( ) SD		現在の体重 ( ) SD	
	低血糖発作 ( なし ・ あり )	意識障害 ( なし ・ あり )	けいれん ( なし ・ あり )	
	発汗 ( なし ・ あり )	振戦 ( なし ・ あり )		
その他の特記すべき症状 ( なし ・ あり → 所見 : )				

<b>2. 検査所見</b>				
診 断 の 根 拠 と な っ た 主 な 検 査 等 の 結 果	継続申請の場合は現在の状況を記載			
	<b>血液検査</b> 低血糖時の検査 ( なし ・ あり <sup>※</sup> )			
	※低血糖時の検査がある場合 → 血糖 ( ) mg/dL インスリン (IRI) ( ) μU/mL			
	プロインスリン ( ) μU/mL Cペプチド (CPR) ( ) ng/mL			
	<b>グルカゴン負荷試験</b>			
	( なし ・ あり → 血糖 (負荷前) ( ) mg/dL 血糖 (頂値) ( ) mg/dL )			
	血清K ( ) mEq/L		血清Ca ( ) mg/dL	
	血清アルブミン ( ) g/dL		補正Ca ( ) mg/dL	
	intact PTH ( ) pg/mL			
	<b>消化管内視鏡検査 (超音波内視鏡を含む)</b>			
( 未実施 ・ 実施 → 所見 : )				
<b>画像所見</b> ( 未実施 ・ 実施 <sup>※</sup> )				
※実施の場合 → 検査名 ( CT ・ MRI ・ 超音波検査 ・ 血管造影 ・ その他 ( ) )				
所見 ( )				
<b>遺伝子検査</b> ( 未実施 ・ 実施 <sup>※</sup> )				
※実施の場合 → 遺伝子名 ( )				
遺伝子変異 ( なし ・ あり → 詳細 : )				
<b>その他の検査</b> ( 未実施 ・ 実施 <sup>※</sup> )				
※実施の場合 → 検査名 ( )				
所見 ( )				

<b>3. その他の所見</b>				
その他の現在の所見など	合併症 ( なし ・ あり → 詳細 : )			

<b>4. 経過</b>				
現在の主な治療	薬物療法など ( なし ・ あり → 補充療法 ・ 機能抑制療法 ・ 他の薬物療法 ・ 運動制限 ・ 手術予定あり ・ 術後 )			

<b>5. 今後の療方針</b>				
就学・就労	1. 就学前 2. 小中学校 ( 通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級 ) 3. 特別支援学校 ( 小中学部 ・ 専攻科を含む高等部 ) 4. 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 5. 大学 ( 短期大学を含む ) 6. 就労 ( 就学中の就労も含む ) 7. 未就学かつ未就労 8. その他 ( )			
現状評価	一つに○印 : 治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能 小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当 : しない ・ する ・ 不明 人工呼吸器等装着者認定基準に該当 : しない ・ する ・ 不明			
治療見込期間	入院	年 月 日 から 年 月 日 まで		
	通院	年 月 日 から 年 月 日 まで ( 月 回 )		

上記の通り診断します。				
		医療機関名 および 所在地		
平成 年 月 日	医師名			科 印
小児慢性特定疾病指定医番号				

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入  
※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入

告示番号 19		内分泌疾患		平成 ( ) 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書	
受給者番号 ( )		新規登録 ・ 継続 ・ 転入 ( 転出地 : )			
患者	ふりがな 氏名	男・女	生年月日	平成 年 月 日 ( 満 歳 )	
出生都道府県 <sup>※1</sup>		出生体重	g	出生週数	在胎 週
現在の身長 <sup>※2</sup>	cm	現在の体重 <sup>※2</sup>	kg	母の生年月日	昭和 平成 年 月 日
発病	年 月 頃	初診日	年 月 日		
大分類病名	34 高インスリン血性低血糖症	細分類病名	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	
該当するものに○をつけ、必要な場合 ( ) に記載			具体的な疾患名		
<b>1. 臨床所見</b>					
現在の 症状	身長・体重の測定日 ( 年 月 日 ) 現在の身長 ( ) SD 現在の体重 ( ) SD				
	経管栄養 ( なし ・ あり ) 胃バイパス術 ( なし ・ あり ) 胃食道逆流術後 ( なし ・ あり ) その他の特記すべき症状 ( なし ・ あり → 所見 : )				
<b>2. 検査所見</b>					
診断の 根拠と なった 主な 検査等 の結果	継続申請の場合は現在の状況を記載 <b>血液検査</b> 低血糖時の検査 ( なし ・ あり <sup>※</sup> ) ※低血糖時の検査がある場合 → 血糖 ( ) mg/dL インスリン (IRI) ( ) μU/mL プロインスリン ( ) μU/mL Cペプチド (CPR) ( ) ng/mL				
	<b>グルカゴン負荷試験</b> ( なし ・ あり → 血糖 (負荷前) ( ) mg/dL 血糖 (頂値) ( ) mg/dL )				
	インスリン抗体結合率 ( ) %				
	<b>消化管内視鏡検査 (超音波内視鏡を含む)</b> ( 未実施 ・ 実施 → 所見 : )				
	<b>画像所見</b> ( 未実施 ・ 実施 <sup>※</sup> ) ※実施の場合 → 検査名 ( CT ・ MRI ・ 超音波検査 ・ 血管造影 ・ その他 ( ) ) 所見 ( )				
<b>遺伝子検査</b> ( 未実施 ・ 実施 <sup>※</sup> ) ※実施の場合 → 遺伝子名 ( ) 遺伝子変異 ( なし ・ あり → 詳細 : )					
<b>その他の検査</b> ( 未実施 ・ 実施 <sup>※</sup> ) ※実施の場合 → 検査名 ( ) 所見 ( )					
<b>3. その他の所見</b>					
その他の 現在の 所見など	合併症 ( なし ・ あり → 詳細 : )				
<b>4. 経過</b>					
現在 までの 治療	薬物療法など ( なし ・ あり → 補充療法 ・ 機能抑制療法 ・ 他の薬物療法 ・ 運動制限 ・ 手術予定あり ・ 術後 )				
<b>5. 今後の療方針</b>					
就学・就労	1. 就学前 2. 小中学校 ( 通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級 ) 3. 特別支援学校 ( 小中学部 ・ 専攻科を含む高等部 ) 4. 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 5. 大学 ( 短期大学を含む ) 6. 就労 ( 就学中の就労も含む ) 7. 未就学かつ未就労 8. その他 ( )				
現状評価	一つに○印 : 治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能 小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当 : しない ・ する ・ 不明 人工呼吸器等装着者認定基準に該当 : しない ・ する ・ 不明				
治療見込期間	入院	年 月 日 から	年 月 日 まで		
	通院	年 月 日 から	年 月 日 まで	( 月 回 )	
上記の通り診断します。					
		医療機関名		科	
		および			
		所在地			
平成	年	月	日	医師名	印
小児慢性特定疾病指定医番号					

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入  
※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入

告示番号	79	内分泌疾患	平成( )年度	小児慢性特定疾病	医療意見書
受給者番号( )	新規登録 ・ 継続 ・ 転入 ( 転出地: )				
患者	ふりがな 氏名	男・女	生年月日	平成	年 月 日 ( 満 歳 )
出生都道府県 <sup>※1</sup>		出生体重	g	出生週数	在胎 週
現在の身長 <sup>※2</sup>	cm	現在の体重 <sup>※2</sup>	kg	母の生年月日	昭和 平成 年 月 日
発病	年 月 頃	初診日	年 月 日		
大分類病名	35 ビタミンD依存性くる病	細分類病名	80	ビタミンD依存性くる病	

該当するものに○をつけ、必要な場合( )に記載

1.臨床所見					
現在の 症状	身長・体重の測定日 ( 年 月 日 )				
	現在の身長 ( ) SD	現在の体重 ( ) SD			
	テタニー ( なし ・ あり )	けいれん ( なし ・ あり )	下肢変形 ( なし ・ あり )		
	低身長 ( なし ・ あり )	禿頭 ( なし ・ あり )	体重増加不良 ( なし ・ あり )		
	食物アレルギー ( なし ・ あり )				
	収縮期圧 ( ) mmHg	拡張期圧 ( ) mmHg			
	同疾患の家族歴 ( なし ・ あり )				
その他の特記すべき症状 ( なし ・ あり → 所見: )					

2.検査所見						
診断の 根拠と なった 主な 検査等 の結果	継続申請の場合は現在の状況を記載					
	<b>血液検査</b>					
	Ca ( ) mg/dL	P ( ) mg/dL	Mg ( ) mg/dL			
	BUN ( ) mg/dL	Cre ( ) mg/dL	ALP ( ) IU/L			
	血清アルブミン ( ) g/dL					
	intact PTH ( ) pg/mL					
	1,25(OH)2D ( ) pg/mL					
	25OHD ( ) ng/mL					
	<b>尿検査</b>					
	尿中Ca ( ) mg/dL	尿中Cre ( ) mg/dL				
<b>画像検査</b>						
骨X線像 所見 ( )						
頭部CT ( 未実施 ・ 実施 → 所見: )						
<b>遺伝子検査 ( 未実施 ・ 実施<sup>※</sup> )</b>						
※実施の場合 → 遺伝子名 ( )						
遺伝子変異 ( なし ・ あり → 詳細: )						
<b>その他の検査 ( 未実施 ・ 実施<sup>※</sup> )</b>						
※実施の場合 → 検査名 ( )						
所見 ( )						

3.その他の所見					
その他の 現在の 所見など	合併症 ( なし ・ あり → 詳細: )				

4.経過					
現在 までの 治療	薬物療法など ( なし ・ あり → 補充療法 ・ 機能抑制療法 ・ 他の薬物療法 ・ 運動制限 ・ 手術予定あり ・ 術後 )				

5.今後の療方針					
就学・就労	1. 就学前 2. 小中学校 ( 通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級 ) 3. 特別支援学校 ( 小中学部 ・ 専攻科を含む高等部 ) 4. 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 5. 大学 ( 短期大学を含む ) 6. 就労 ( 就学中の就労も含む ) 7. 未就学かつ未就労 8. その他 ( )				
現状評価	一つに○印 : 治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能 小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当: しない ・ する ・ 不明 人工呼吸器等装着者認定基準に該当: しない ・ する ・ 不明				
治療見込期間	入院	年 月 日 から	年 月 日 まで		
	通院	年 月 日 から	年 月 日 まで	( 月 回 )	

上記の通り診断します。					
医療機関名 および 所在地			科		
平成	年	月	日	医師名	印
小児慢性特定疾病指定医番号					

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入  
※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入



告示番号	80	内分泌疾患	平成( )年度	小児慢性特定疾病	医療意見書
受給者番号( )	新規登録 ・ 継続 ・ 転入 ( 転出地: )				
患者	ふりがな 氏名	男・女	生年月日	平成	年 月 日 ( 満 歳 )
出生都道府県 <sup>※1</sup>		出生体重	g	出生週数	在胎 週
現在の身長 <sup>※2</sup>	cm	現在の体重 <sup>※2</sup>	kg	母の生年月日	昭和 平成 年 月 日
発病	年 月 頃	初診日	年 月 日		
大分類病名	36	ビタミンD抵抗性骨軟化症	細分類病名	81	ビタミンD抵抗性骨軟化症

該当するものに○をつけ、必要な場合( )に記載

1.臨床所見					
現在の 症状	身長・体重の測定日 ( ) 年 月 日)				
	現在の身長 ( ) SD	現在の体重 ( ) SD			
	テタニー ( なし ・ あり )	けいれん ( なし ・ あり )	下肢変形 ( なし ・ あり )		
	低身長 ( なし ・ あり )	骨痛 ( なし ・ あり )	跛行 ( なし ・ あり )		
	神経症状 ( なし ・ あり )				
	収縮期圧 ( ) mmHg	拡張期圧 ( ) mmHg			
	同疾患の家族歴 ( なし ・ あり )				
その他の特記すべき症状 ( なし ・ あり → 所見: )					

2.検査所見						
診 断 の 根 拠 と な っ た 主 な 検 査 等 の 結 果	継続申請の場合は現在の状況を記載					
	血液検査					
	Ca ( ) mg/dL	P ( ) mg/dL	Mg ( ) mg/dL			
	BUN ( ) mg/dL	Cre ( ) mg/dL	ALP ( ) IU/L			
	血清アルブミン ( ) g/dL					
	intact PTH ( ) pg/mL					
	1,25(OH)2D ( ) pg/mL					
	25OHD ( ) ng/mL					
	尿検査					
	尿中Ca ( ) mg/dL	尿中Cre ( ) mg/dL				
画像検査						
骨X線像 所見 ( )						
頭部CT ( 未実施 ・ 実施 → 所見: )						
遺伝子検査 ( 未実施 ・ 実施 <sup>※</sup> )						
※実施の場合 → 遺伝子名 ( )						
遺伝子変異 ( なし ・ あり → 詳細: )						
その他の検査 ( 未実施 ・ 実施 <sup>※</sup> )						
※実施の場合 → 検査名 ( )						
所見 ( )						

3.その他の所見					
その他の現在の所見など	合併症 ( なし ・ あり → 詳細: )				

4.経過					
現在までの治療	薬物療法など ( なし ・ あり → 補充療法 ・ 機能抑制療法 ・ 他の薬物療法 ・ 運動制限 ・ 手術予定あり ・ 術後 )				

5.今後の療方針					
就学・就労	1. 就学前 2. 小中学校 ( 通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級 ) 3. 特別支援学校 ( 小中学部 ・ 専攻科を含む高等部 ) 4. 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 5. 大学 ( 短期大学を含む ) 6. 就労 ( 就学中の就労も含む ) 7. 未就学かつ未就労 8. その他 ( )				
現状評価	一つに○印 : 治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能 小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当: しない ・ する ・ 不明 人工呼吸器等装着者認定基準に該当: しない ・ する ・ 不明				
治療見込期間	入院	年 月 日 から	年 月 日 まで		
	通院	年 月 日 から	年 月 日 まで	( 月 回 )	

上記の通り診断します。					
平成 年 月 日			医療機関名 および 所在地		
			科		
			医師名		
			印		
小児慢性特定疾病指定医番号					

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入  
※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入

告示番号	16	内分泌疾患	平成( )年度	小児慢性特定疾病 医療意見書
受給者番号( )	新規登録 ・ 継続 ・ 転入 ( 転出地: )			
患者	ふりがな 氏名	男・女	生年月日	平成 年 月 日 ( 満 歳 )
出生都道府県 <sup>※1</sup>		出生体重	g	出生週数 在胎 週
現在の身長 <sup>※2</sup>	cm	現在の体重 <sup>※2</sup>	kg	母の生年月日 昭和 平成 年 月 日
発病	年 月 頃	初診日	年 月 日	
大分類病名	37 原発性低リン血症性くる病	細分類病名	82	原発性低リン血症性くる病

該当するものに○をつけ、必要な場合( )に記載

1.臨床所見				
現在の 症 状	身長・体重の測定日 ( 年 月 日 )	現在の身長 ( ) SD	現在の体重 ( ) SD	
	テタニー ( なし ・ あり )	けいれん ( なし ・ あり )	下肢変形 ( なし ・ あり )	
	低身長 ( なし ・ あり )	体重増加不良 ( なし ・ あり )	食物アレルギー ( なし ・ あり )	
	収縮期圧 ( ) mmHg	拡張期圧 ( ) mmHg		
	同疾患の家族歴 ( なし ・ あり )	その他の特記すべき症状 ( なし ・ あり → 所見: )		

2.検査所見				
診 断 の 根 拠 と な っ た 主 な 検 査 等 の 結 果	継続申請の場合は現在の状況を記載			
	<b>血液検査</b>			
	Ca ( ) mg/dL	P ( ) mg/dL	Mg ( ) mg/dL	
	BUN ( ) mg/dL	Cre ( ) mg/dL	ALP ( ) IU/L	
	血清アルブミン ( ) g/dL			
	intact PTH ( ) pg/mL			
	1,25(OH)2D ( ) pg/mL			
	25OHD ( ) ng/mL			
	<b>尿検査</b>			
	尿中Ca ( ) mg/dL	尿中Cre ( ) mg/dL		
尿中P ( ) mg/dL				
<b>画像検査</b>				
骨X線像 所見 ( )				
頭部CT ( 未実施 ・ 実施 → 所見: )				
<b>遺伝子検査 ( 未実施 ・ 実施<sup>※</sup> )</b>				
※実施の場合 → 遺伝子名 ( )				
遺伝子変異 ( なし ・ あり → 詳細: )				
<b>その他の検査 ( 未実施 ・ 実施<sup>※</sup> )</b>				
※実施の場合 → 検査名 ( )				
所見 ( )				

3.その他の所見				
その他の 現在の 所見など	合併症 ( なし ・ あり → 詳細: )			

4.経 過				
現在 な ま だ の 治 療	薬物療法など ( なし ・ あり → 補充療法 ・ 機能抑制療法 ・ 他の薬物療法 ・ 運動制限 ・ 手術予定あり ・ 術後 )			

5.今後の療方針				
就学・就労	1. 就学前 2. 小中学校 ( 通常学級・通級・特別支援学級 ) 3. 特別支援学校 ( 小中学部・専攻科を含む高等部 ) 4. 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 5. 大学 ( 短期大学を含む ) 6. 就労 ( 就学中の就労も含む ) 7. 未就学かつ未就労 8. その他 ( )			
現状評価	一つに○印 : 治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能 小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当: しない・する・不明 人工呼吸器等装着者認定基準に該当: しない・する・不明			
治療見込期間	入院	年 月 日 から	年 月 日 まで	
	通院	年 月 日 から	年 月 日 まで	( 月 回 )

上記の通り診断します。				
		医療機関名 および 所在地		
平成 年 月 日	医師名		科	印
小児慢性特定疾病指定医番号				

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入  
※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入

告示番号	75	内分泌疾患	平成( )年度	小児慢性特定疾病	医療意見書
受給者番号( )	新規登録 ・ 継続 ・ 転入 ( 転出地: )				
患者	ふりがな 氏名	男・女	生年月日	平成 年 月 日 ( 満 歳 )	
出生都道府県 <sup>※1</sup>	出生体重	g		出生週数	在胎 週
現在の身長 <sup>※2</sup>	cm	現在の体重 <sup>※2</sup>	kg	母の生年月日	昭和 平成 年 月 日
発病	年 月 頃	初診日	年 月 日		
大分類病名	38 軟骨異常栄養症	細分類病名	83	軟骨無形成症	

該当するものに○をつけ、必要な場合( )に記載

1.臨床所見	
現在の症状	身長・体重の測定日 ( 年 月 日 ) 現在の身長 ( ) SD 現在の体重 ( ) SD 現在の臨床症状 ( ) 同疾患の家族歴 ( )

2.検査所見	
診断の根拠となった主な検査等の結果	下記の □ に所見を記載 <b>身体所見 (骨格異常)</b> <div style="border: 1px solid black; height: 80px; width: 100%;"></div>
	<b>単純X線所見</b> <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>
	<b>遺伝子検査</b> ( 未実施 ・ 実施 <sup>※</sup> ) ※実施の場合 → 遺伝子名 ( ) 所見 ( )

3.その他の所見	
その他の現在の所見など	合併症 ( なし ・ あり → 詳細: )

4.経過	
現在の主な治療	薬物療法など ( なし ・ あり → 補充療法 ・ 機能抑制療法 ・ 他の薬物療法 ・ 運動制限 ・ 手術予定あり ・ 術後 ) 成長ホルモン治療 ( 不要 ・ 要 → 添付する成長ホルモン治療用意見書 ( 初回 ・ 継続 ) )

5.今後の療の方針	
就学・就労	1. 就学前 2. 小中学校 ( 通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級 ) 3. 特別支援学校 ( 小中学部 ・ 専攻科を含む高等部 ) 4. 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 5. 大学 ( 短期大学を含む ) 6. 就労 ( 就学中の就労も含む ) 7. 未就学かつ未就労 8. その他 ( )
現状評価	一つに○印 : 治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能 小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当: しない ・ する ・ 不明 人工呼吸器等装着者認定基準に該当: しない ・ する ・ 不明
治療見込期間	入院 年 月 日から 年 月 日まで 通院 年 月 日から 年 月 日まで ( 月 回 )

上記の通り診断します。

医療機関名  
および  
所在地

平成 年 月 日 医師名 科 印

小児慢性特定疾病指定医番号

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入  
※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入

告示番号	74	内分泌疾患	平成( )年度	小児慢性特定疾病	医療意見書
受給者番号( )	新規登録 ・ 継続 ・ 転入 ( 転出地: )				
患者	ふりがな 氏名	男・女	生年月日	平成 年 月 日 ( 満 歳 )	
出生都道府県 <sup>※1</sup>		出生体重	g	出生週数	在胎 週
現在の身長 <sup>※2</sup>	cm	現在の体重 <sup>※2</sup>	kg	母の生年月日	昭和 平成 年 月 日
発病	年 月 頃	初診日	年 月 日		
大分類病名	38 軟骨異常栄養症	細分類病名	84	軟骨低形成症	

該当するものに○をつけ、必要な場合( )に記載

1.臨床所見	
現在の症状	身長・体重の測定日 ( 年 月 日 ) 現在の身長 ( ) SD 現在の体重 ( ) SD 現在の臨床症状 ( ) 同疾患の家族歴 ( )

2.検査所見	
診断の根拠となつた主な検査等の結果	下記の □ に所見を記載 <b>身体所見 (骨格異常)</b> <div style="border: 1px solid black; height: 80px; width: 100%;"></div>
	<b>単純X線所見</b> <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>
	<b>遺伝子検査</b> ( 未実施 ・ 実施 <sup>※</sup> ) ※実施の場合 → 遺伝子名 ( ) 所見 ( )

3.その他の所見	
その他の現在の所見など	合併症 ( なし ・ あり → 詳細: )

4.経過	
現在の主な治療	薬物療法など ( なし ・ あり → 補充療法 ・ 機能抑制療法 ・ 他の薬物療法 ・ 運動制限 ・ 手術予定あり ・ 術後 ) 成長ホルモン治療 ( 不要 ・ 要 → 添付する成長ホルモン治療用意見書 ( 初回 ・ 継続 ) )

5.今後の療の方針	
就学・就労	1. 就学前 2. 小中学校 ( 通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級 ) 3. 特別支援学校 ( 小中学部 ・ 専攻科を含む高等部 ) 4. 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 5. 大学 ( 短期大学を含む ) 6. 就労 ( 就学中の就労も含む ) 7. 未就学かつ未就労 8. その他 ( )
現状評価	一つに○印 : 治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能 小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当: しない ・ する ・ 不明 人工呼吸器等装着者認定基準に該当: しない ・ する ・ 不明
治療見込期間	入院 年 月 日から 年 月 日まで 通院 年 月 日から 年 月 日まで ( 月 回 )

上記の通り診断します。

医療機関名  
および  
所在地

平成 年 月 日 医師名 科 印

小児慢性特定疾病指定医番号

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入  
※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入

告示番号	35	内分泌疾患	平成( )年度	小児慢性特定疾病	医療意見書
受給者番号( )	新規登録 ・ 継続 ・ 転入 ( 転出地: )				
患者	ふりがな 氏名	男・女	生年月日	平成	年 月 日 ( 満 歳 )
出生都道府県 <sup>※1</sup>		出生体重	g	出生週数	在胎 週
現在の身長 <sup>※2</sup>	cm	現在の体重 <sup>※2</sup>	kg	母の生年月日	昭和 平成 年 月 日
発病	年 月 頃	初診日	年 月 日		
大分類病名	39 骨形成不全症	細分類病名	85	骨形成不全症	

該当するものに○をつけ、必要な場合( )に記載

1.臨床所見					
現在の 症状	身長・体重の測定日 ( ) 年 月 日)				
	現在の身長 ( ) SD	現在の体重 ( ) SD			
	骨折歴 ( なし ・ あり )	骨変形 ( なし ・ あり )	青色強膜 ( なし ・ あり )		
	難聴 ( なし ・ あり )				
	同疾患の家族歴 ( )				
	その他の特記すべき症状 ( なし ・ あり → 所見: )				

2.検査所見					
診断の 根拠と なった 主な 検査等 の結果	継続申請の場合は現在の状況を記載				
	<b>単純骨X線検査</b>				
	頭蓋骨所見 ( )				
	四肢骨所見 ( )				
	脊椎所見 ( )				
	骨盤所見 ( )				
	それ以外の所見 ( )				
	<b>骨塩定量 (DXA法による)</b>				
	腰椎 ( 未実施 ・ 実施 → 骨密度 ( ) g/cm <sup>3</sup> )	同年齢比較 ( ) % )			
	その他 ( 未実施 ・ 実施 → 骨密度 ( ) g/cm <sup>3</sup> )	同年齢比較 ( ) % )			
	<b>遺伝子検査</b>				
	( 未実施 ・ 実施 → 所見: )				
	<b>その他の検査 ( 未実施 ・ 実施<sup>※</sup> )</b>				
	※実施の場合 → 検査名 ( )				
	所見 ( )				

3.その他の所見					
その他の 現在の 所見など	合併症 ( なし ・ あり → 詳細: )				

4.経過					
現在 な ま で の 治 療	薬物療法など ( なし ・ あり → 補充療法 ・ 機能抑制療法 ・ 他の薬物療法 ・ 運動制限 ・ 手術予定あり ・ 術後 )				

5.今後の療方針					
就学・就労	1. 就学前 2. 小中学校 ( 通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級 ) 3. 特別支援学校 ( 小中学部 ・ 専攻科を含む高等部 ) 4. 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 5. 大学 ( 短期大学を含む ) 6. 就労 ( 就学中の就労も含む ) 7. 未就学かつ未就労 8. その他 ( )				
現状評価	一つに○印 : 治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能 小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当: しない ・ する ・ 不明 人工呼吸器等装着者認定基準に該当: しない ・ する ・ 不明				
治療見込期間	入院	年 月 日 から	年 月 日 まで		
	通院	年 月 日 から	年 月 日 まで	( 月 回 )	

上記の通り診断します。					
平成 年 月 日			医療機関名 および 所在地		
			科		
			医師名		
			印		
小児慢性特定疾病指定医番号					

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入  
※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入

告示番号	40	内分泌疾患	平成( )年度	小児慢性特定疾病	医療意見書
受給者番号( )	新規登録 ・ 継続 ・ 転入 ( 転出地: )				
患者	ふりがな 氏名	男・女	生年月日	平成 年 月 日 (満 歳)	
出生都道府県 <sup>※1</sup>	出生体重	g		出生週数	在胎 週
現在の身長 <sup>※2</sup>	cm	現在の体重 <sup>※2</sup>	kg	母の生年月日	昭和 平成 年 月 日
発病	年 月 頃	初診日	年 月 日		
大分類病名	40 脂肪異常養症 (脂肪萎縮症)	細分類病名	86	脂肪異常養症 (脂肪萎縮症)	

該当するものに○をつけ、必要な場合( )に記載

1.臨床所見					
現在の 症 状	身長・体重の測定日 ( ) 年 月 日)	現在の身長 ( ) SD	現在の体重 ( ) SD		
	全身性脂肪萎縮 ( なし ・ あり )	部分性脂肪萎縮 ( なし ・ あり )	先端巨大症様症状 ( なし ・ あり )		
	肝腫大 ( なし ・ あり )	高脂血症 ( なし ・ あり )	インスリン抵抗性 ( なし ・ あり )		
	肥大型心筋症 ( なし ・ あり )	発達遅滞 ( なし ・ あり )	多毛 ( なし ・ あり )		
	思春期早発 ( なし ・ あり )	骨嚢胞 ( なし ・ あり )	自己免疫疾患の合併 ( なし ・ あり )		
	膜性増殖性糸球体腎炎 ( なし ・ あり )	HIV感染症 ( なし ・ あり )			
その他の特記すべき症状 ( なし ・ あり → 所見: )					

2.検査所見						
診 断 の 根 拠 と な っ た 主 な 検 査 等 の 結 果	継続申請の場合は現在の状況を記載					
	血液検査					
	AST ( ) IU/L	ALT ( ) IU/L	中性脂肪 ( ) mg/dL			
	T-Chol ( ) mg/dL	血糖 ( ) mg/dL	HbA1c ( ) %			
	インスリン (IRI) ( ) μU/mL					
	抗核抗体 ( ) 倍					
	補体 C <sub>3</sub> ( ) mg/dL					
	遺伝子検査 ( 未実施 ・ 実施 <sup>※</sup> )					
	※実施の場合 → 遺伝子名 ( )					
	遺伝子変異 ( なし ・ あり → 詳細: )					
その他の検査 ( 未実施 ・ 実施 <sup>※</sup> )						
※実施の場合 → 検査名 ( )						
所見 ( )						

3.その他の所見					
その他の現在の所見など	合併症 ( なし ・ あり → 詳細: )				

4.経 過					
現在までの治療	薬物療法など ( なし ・ あり → 補充療法 ・ 機能抑制療法 ・ 他の薬物療法 ・ 運動制限 ・ 手術予定あり ・ 術後 )				

5.今後の療方針					
就学・就労	1. 就学前 2. 小中学校 ( 通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級 ) 3. 特別支援学校 ( 小中学部 ・ 専攻科を含む高等部 ) 4. 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 5. 大学 ( 短期大学を含む ) 6. 就労 ( 就学中の就労も含む ) 7. 未就学かつ未就労 8. その他 ( )				
現状評価	一つに○印 : 治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能 小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当: しない ・ する ・ 不明 人工呼吸器等装着者認定基準に該当: しない ・ する ・ 不明				
治療見込期間	入院	年 月 日 から 年 月 日 まで			
	通院	年 月 日 から 年 月 日 まで ( 月 回 )			

上記の通り診断します。					
医療機関名 および 所在地			科		
平成 年 月 日	医師名		印		
小児慢性特定疾病指定医番号					

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入  
※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入

告示番号	65	内分泌疾患	平成( )年度	小児慢性特定疾病	医療意見書
受給者番号( )	新規登録 ・ 継続 ・ 転入 ( 転出地: )				
患者	ふりがな 氏名	男・女	生年月日	平成 年 月 日 ( 満 歳 )	
出生都道府県 <sup>※1</sup>		出生体重	g	出生週数	在胎 週
現在の身長 <sup>※2</sup>	cm	現在の体重 <sup>※2</sup>	kg	母の生年月日	昭和 平成 年 月 日
発病	年 月 頃	初診日	年 月 日		
大分類病名	41 多発性内分泌腫瘍	細分類病名	87	多発性内分泌腫瘍1型(ウェルマー(Werner)症候群)	

該当するものに○をつけ、必要な場合( )に記載

1.臨床所見					
現在の 症状	身長・体重の測定日 ( 年 月 日 )				
	現在の身長 ( ) SD	現在の体重 ( ) SD			
	認められる内分泌腫瘍を2つ以上記載				
	内分泌腫瘍① ( )	内分泌腫瘍② ( )	内分泌腫瘍③ ( )		
	家系内発症 ( なし ・ あり → 詳細: )				
	その他の特記すべき症状 ( なし ・ あり → 所見: )				

2.検査所見					
診断の 根拠とな った主な 検査等の 結果	継続申請の場合は現在の状況を記載				
	頭部MRI ( 未実施 ・ 実施 <sup>※</sup> )				
	※実施の場合 → 所見 ( )				
	腹部MRIあるいは超音波検査 ( 未実施 ・ 実施 <sup>※</sup> )				
	※実施の場合 → 所見 ( )				
	単純骨X線検査 ( 未実施 ・ 実施 <sup>※</sup> )				
※実施の場合 → 所見 ( )					
その他の画像検査 ( 未実施 ・ 実施 <sup>※</sup> )					
※実施の場合 → 所見 ( )					
遺伝子検査	( 未実施 ・ 実施 → 所見: )				
その他の検査 ( 未実施 ・ 実施 <sup>※</sup> )					
※実施の場合 → 検査名 ( )					
所見 ( )					

3.その他の所見					
その他の現在の所見など	合併症 ( なし ・ あり → 詳細: )				

4.経過					
現在までの治療	薬物療法など ( なし ・ あり → 補充療法 ・ 機能抑制療法 ・ 他の薬物療法 ・ 運動制限 ・ 手術予定あり ・ 術後 )				

5.今後の療方針					
就学・就労	1. 就学前 2. 小中学校 ( 通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級 ) 3. 特別支援学校 ( 小中学部 ・ 専攻科を含む高等部 ) 4. 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 5. 大学 ( 短期大学を含む ) 6. 就労 ( 就学中の就労も含む ) 7. 未就学かつ未就労 8. その他 ( )				
現状評価	一つに○印: 治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能 小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当: しない ・ する ・ 不明 人工呼吸器等装着者認定基準に該当: しない ・ する ・ 不明				
治療見込期間	入院	年 月 日 から	年 月 日 まで		
	通院	年 月 日 から	年 月 日 まで	( 月 回 )	

上記の通り診断します。					
			医療機関名		
			および		
			所在地		
平成 年 月 日	医師名			科	印
小児慢性特定疾病指定医番号					

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入  
※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入

告示番号	66	内分泌疾患	平成( )年度	小児慢性特定疾病	医療意見書
受給者番号( )	新規登録 ・ 継続 ・ 転入 ( 転出地: )				
患者	ふりがな 氏名	男・女	生年月日	平成 年 月 日 (満 歳)	
出生都道府県 <sup>※1</sup>	出生体重	g		出生週数	在胎 週
現在の身長 <sup>※2</sup>	cm	現在の体重 <sup>※2</sup>	kg	母の生年月日	昭和 平成 年 月 日
発病	年 月 頃	初診日	年 月 日		
大分類病名	41 多発性内分泌腫瘍	細分類病名	88	多発性内分泌腫瘍2型(シップル(Sipple)症候群)	

該当するものに○をつけ、必要な場合( )に記載

1. 臨床所見					
現在の 症状	身長・体重の測定日 ( 年 月 日)				
	現在の身長 ( ) SD	現在の体重 ( ) SD			
	認められる内分泌腫瘍を2つ以上記載				
	内分泌腫瘍① ( )	内分泌腫瘍② ( )	内分泌腫瘍③ ( )		
家系内発症 ( なし ・ あり → 詳細: )					
その他の特記すべき症状 ( なし ・ あり → 所見: )					

2. 検査所見					
診断の 根拠とな った主 な検査等 の結果	継続申請の場合は現在の状況を記載				
	頭部MRI ( 未実施 ・ 実施 <sup>※</sup> )	※実施の場合 → 所見 ( )			
	腹部MRIあるいは超音波検査 ( 未実施 ・ 実施 <sup>※</sup> )	※実施の場合 → 所見 ( )			
	単純骨X線検査 ( 未実施 ・ 実施 <sup>※</sup> )	※実施の場合 → 所見 ( )			
	その他の画像検査 ( 未実施 ・ 実施 <sup>※</sup> )	※実施の場合 → 所見 ( )			
	遺伝子検査 ( 未実施 ・ 実施 → 所見: )				
その他の検査 ( 未実施 ・ 実施 <sup>※</sup> )	※実施の場合 → 検査名 ( ) 所見 ( )				

3. その他の所見					
その他の現在の所見など	合併症 ( なし ・ あり → 詳細: )				

4. 経過					
現在までの治療	薬物療法など ( なし ・ あり → 補充療法 ・ 機能抑制療法 ・ 他の薬物療法 ・ 運動制限 ・ 手術予定あり ・ 術後 )				

5. 今後の療方針					
就学・就労	1. 就学前 2. 小中学校 ( 通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級 ) 3. 特別支援学校 ( 小中学部 ・ 専攻科を含む高等部 ) 4. 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 5. 大学 ( 短期大学を含む ) 6. 就労 ( 就学中の就労も含む ) 7. 未就学かつ未就労 8. その他 ( )				
現状評価	一つに○印 : 治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能 小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当: しない ・ する ・ 不明 人工呼吸器等装着者認定基準に該当: しない ・ する ・ 不明				
治療見込期間	入院	年 月 日 から	年 月 日 まで		
	通院	年 月 日 から	年 月 日 まで	( 月 回 )	

上記の通り診断します。

医療機関名  
および  
所在地

平成 年 月 日 医師名 科 印

小児慢性特定疾病指定医番号

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入  
※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入



告示番号 <b>67</b>		<b>内分泌疾患</b>		平成 ( ) 年度 <b>小児慢性特定疾病 医療意見書</b>	
受給者番号 ( )		新規登録 ・ 継続 ・ 転入 ( 転出地 : )			
患者	ふりがな 氏名	男・女	生年月日	平成 年 月 日 ( 満 歳 )	
出生都道府県 <sup>※1</sup>		出生体重	g	出生週数	在胎 週
現在の身長 <sup>※2</sup>	cm	現在の体重 <sup>※2</sup>	kg	母の生年月日	昭和 平成 年 月 日
発病	年 月 頃	初診日	年 月 日		
大分類病名	41 多発性内分泌腫瘍	細分類病名	89	87及び88に掲げるもののほか、多発性内分泌腫瘍	
該当するものに○をつけ、必要な場合 ( ) に記載			具体的な疾患名		
<b>1. 臨床所見</b>					
現在の の 症 状	身長・体重の測定日 ( 年 月 日 )				
	現在の身長 ( ) SD 現在の体重 ( ) SD				
	認められる内分泌腫瘍を2つ以上記載				
	内分泌腫瘍① ( )				
	内分泌腫瘍② ( )				
	内分泌腫瘍③ ( )				
	家系内発症 ( なし ・ あり → 詳細 : )				
	その他の特記すべき症状 ( なし ・ あり → 所見 : )				
<b>2. 検査所見</b>					
診 断 の 根 拠 と な っ た 主 な 検 査 等 の 結 果	継続申請の場合は現在の状況を記載				
	頭部MRI ( 未実施 ・ 実施 <sup>※</sup> )				
	※実施の場合 → 所見 ( )				
	腹部MRIあるいは超音波検査 ( 未実施 ・ 実施 <sup>※</sup> )				
	※実施の場合 → 所見 ( )				
	単純骨X線検査 ( 未実施 ・ 実施 <sup>※</sup> )				
※実施の場合 → 所見 ( )					
その他の画像検査 ( 未実施 ・ 実施 <sup>※</sup> )					
※実施の場合 → 所見 ( )					
<b>遺伝子検査</b>					
( 未実施 ・ 実施 → 所見 : )					
<b>その他の検査</b> ( 未実施 ・ 実施 <sup>※</sup> )					
※実施の場合 → 検査名 ( )					
所見 ( )					
<b>3. その他の所見</b>					
その他の 現在の 所見など	合併症 ( なし ・ あり → 詳細 : )				
<b>4. 経 過</b>					
現在 な ま だ 治 療 の	薬物療法など ( なし ・ あり → 補充療法 ・ 機能抑制療法 ・ 他の薬物療法 ・ 運動制限 ・ 手術予定あり ・ 術後 )				
<b>5. 今後の療方針</b>					
就学・就労	1. 就学前 2. 小中学校 ( 通常学級・通級・特別支援学級 ) 3. 特別支援学校 ( 小中学部・専攻科を含む高等部 ) 4. 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 5. 大学 ( 短期大学を含む ) 6. 就労 ( 就学中の就労も含む ) 7. 未就学かつ未就労 8. その他 ( )				
現状評価	一つに○印 : 治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能 小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当 : しない ・ する ・ 不明 人工呼吸器等装着者認定基準に該当 : しない ・ する ・ 不明				
治療見込期間	入院	年 月 日 から 年 月 日 まで			
	通院	年 月 日 から 年 月 日 まで ( 月 回 )			
上記の通り診断します。					
		医療機関名			
		および			
		所在地			
平成 年 月 日	医師名			科	印
小児慢性特定疾病指定医番号					

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入  
 ※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入

告示番号	64	内分泌疾患	平成( )年度	小児慢性特定疾病	医療意見書
受給者番号( )	新規登録 ・ 継続 ・ 転入 ( 転出地: )				
患者	ふりがな 氏名	男・女	生年月日	平成 年 月 日 (満 歳)	
出生都道府県 <sup>※1</sup>		出生体重	g	出生週数	在胎 週
現在の身長 <sup>※2</sup>	cm	現在の体重 <sup>※2</sup>	kg	母の生年月日	昭和 平成 年 月 日
発病	年 月 頃	初診日	年 月 日		
大分類病名	42 多嚢胞性卵巣症候群	細分類病名	90	多嚢胞性卵巣症候群	

該当するものに○をつけ、必要な場合( )に記載

1.臨床所見					
現在の 症状	身長・体重の測定日 ( ) 年 月 ( ) 日				
	現在の身長 ( ) SD	現在の体重 ( ) SD			
	<b>二次性徴 (Tanner分類)</b>				
	外性器発育 (男子のみ) ( I ・ II ・ III ・ IV ・ V )	発現時の年齢 ( ) 歳 ( ) か月			
	乳房発育 (女子のみ) ( I ・ II ・ III ・ IV ・ V )	発現時の年齢 ( ) 歳 ( ) か月			
	陰毛発育 (男女とも) ( I ・ II ・ III ・ IV ・ V )	発現時の年齢 ( ) 歳 ( ) か月			
	月経異常 ( なし ・ あり → 詳細: )				
多毛・男性化兆候 ( なし ・ あり → 詳細: )					
線維性骨異形成 ( なし ・ あり )					
他の内分泌異常の合併 ( なし ・ あり → 詳細: )					
その他の特記すべき症状 ( なし ・ あり → 所見: )					

2.検査所見					
診 断 の 根 拠 と な っ た 主 な 検 査 等 の 結 果	継続申請の場合は現在の状況を記載				
	<b>血液検査</b>				
	LH ( ) mIU/mL	FSH ( ) mIU/mL			
	テストステロン ( ) ng/dL	E <sub>2</sub> ( ) pg/mL			
	DHEA-S ( ) μg/dL				
	空腹時血糖 ( ) mg/dL				
	空腹時インスリン ( ) μU/mL				
	<b>骨年齢</b> 検査日 ( ) 年 月 ( ) 日				
	( ) 歳 ( ) か月				
	<b>画像所見</b>				
腹部CT・MRI ( 未実施 ・ 実施 → 所見: )					
腹部超音波検査 ( 未実施 ・ 実施 → 所見: )					

3.その他の所見					
その他の現在の所見など	合併症 ( なし ・ あり → 詳細: )				

4.経過					
現在までの主な治療	薬物療法など ( なし ・ あり → 補充療法 ・ 機能抑制療法 ・ 他の薬物療法 ・ 運動制限 ・ 手術予定あり ・ 術後 )				

5.今後の療方針					
就学・就労	1. 就学前 2. 小中学校 ( 通常学級・通級・特別支援学級 ) 3. 特別支援学校 ( 小中学部・専攻科を含む高等部 ) 4. 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 5. 大学 ( 短期大学を含む ) 6. 就労 ( 就学中の就労も含む ) 7. 未就学かつ未就労 8. その他 ( )				
現状評価	一つに○印 : 治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能 小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当: しない・する・不明 人工呼吸器等装着者認定基準に該当: しない・する・不明				
治療見込期間	入院	年 月 日 から	年 月 日 まで		
	通院	年 月 日 から	年 月 日 まで	( 月 回 )	

上記の通り診断します。					
平成 年 月 日			医療機関名 および 所在地		
医師名			科		
小児慢性特定疾病指定医番号					

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入  
※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入

告示番号	91	内分泌疾患	平成( )年度	小児慢性特定疾病	医療意見書
受給者番号( )	新規登録 ・ 継続 ・ 転入 ( 転出地: )				
患者	ふりがな 氏名	男・女	生年月日	平成 年 月 日 ( 満 歳 )	
出生都道府県 <sup>※1</sup>	出生体重	g		出生週数	在胎 週
現在の身長 <sup>※2</sup>	cm	現在の体重 <sup>※2</sup>	kg	母の生年月日	昭和 平成 年 月 日
発病	年 月 頃	初診日	年 月 日		
大分類病名	43 内分泌疾患を伴うその他の症候群	細分類病名	91	ターナー (Turner) 症候群	

該当するものに○をつけ、必要な場合( )に記載

1.臨床所見					
現在の 症状	身長・体重の測定日 ( 年 月 日 )				
	現在の身長 ( ) SD	現在の体重 ( ) SD			
	低身長 ( なし ・ あり )				
	性腺異形成 ( なし ・ あり )				
	骨格兆候 ( なし ・ あり → 詳細: )				
	軟部組織兆候 ( なし ・ あり → 詳細: )				
内臓奇形 (腎) ( なし ・ あり → 詳細: )					
内臓奇形 (心) ( なし ・ あり → 詳細: )					
その他の特記すべき症状 ( なし ・ あり → 所見: )					

2.検査所見					
診断の 根拠と なった 主な 検査等 の結果	継続申請の場合は現在の状況を記載				
	血液検査				
	LH ( ) mIU/mL	FSH ( ) mIU/mL			
	テストステロン ( ) ng/dL	E <sub>2</sub> ( ) pg/mL			
	IGF1 ( ) ng/mL				
	染色体検査				
	末梢血 ( 未実施 ・ 実施 → 所見: )				
	その他の組織 ( 未実施 ・ 実施 → 所見: )				
	FISH ( 未実施 ・ 実施 → 所見: )				

3.その他の所見					
その他の 現在の 所見など	合併症 ( なし ・ あり → 詳細: )				

4.経過					
現在 な ま で の 治 療	薬物療法など ( なし ・ あり → 補充療法 ・ 機能抑制療法 ・ 他の薬物療法 ・ 運動制限 ・ 手術予定あり ・ 術後 ) 成長ホルモン治療 ( 不要 ・ 要 → 添付する成長ホルモン治療用意見書 ( 初回 ・ 継続 ) )				

5.今後の療方針					
就学・就労	1. 就学前 2. 小中学校 ( 通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級 ) 3. 特別支援学校 ( 小中学部 ・ 専攻科を含む高等部 ) 4. 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 5. 大学 ( 短期大学を含む ) 6. 就労 ( 就学中の就労も含む ) 7. 未就学かつ未就労 8. その他 ( )				
現状評価	一つに○印 : 治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能 小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当: しない ・ する ・ 不明 人工呼吸器等装着者認定基準に該当: しない ・ する ・ 不明				
治療見込期間	入院	年 月 日 から 年 月 日 まで			
	通院	年 月 日 から 年 月 日 まで ( 月 回 )			

上記の通り診断します。					
医療機関名 および 所在地			科		
平成 年 月 日	医師名			印	
小児慢性特定疾病指定医番号					

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入  
※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入

告示番号	94	内分泌疾患	平成( )年度	小児慢性特定疾病	医療意見書
受給者番号( )	新規登録 ・ 継続 ・ 転入 ( 転出地: )				
患者	ふりがな 氏名	男・女	生年月日	平成 年 月 日 ( 満 歳 )	
出生都道府県 <sup>※1</sup>	出生体重	g		出生週数	在胎 週
現在の身長 <sup>※2</sup>	cm	現在の体重 <sup>※2</sup>	kg	母の生年月日	昭和 平成 年 月 日
発病	年 月 頃	初診日	年 月 日		
大分類病名	43 内分泌疾患を伴うその他の症候群	細分類病名	92	プラダー・ウィリ (Prader-Willi) 症候群	

該当するものに○をつけ、必要な場合( )に記載

1. 臨床所見					
現在の 症状	身長・体重の測定日 ( ) 年 月 日)				
	現在の身長 ( ) SD	現在の体重 ( ) SD			
	特徴的顔貌 ( なし ・ あり → 詳細: )				
	筋緊張低下 ( なし ・ あり )	低身長 ( なし ・ あり )	過食・肥満 ( なし ・ あり )		
	性腺機能異常 ( なし ・ あり )	行動異常 ( なし ・ あり )	知的障害 ( なし ・ あり )		
	小さい手足 ( なし ・ あり )				
	その他の特記すべき症状 ( なし ・ あり → 所見: )				

2. 検査所見					
診 断 の 根 拠 と な っ た 主 な 検 査 等 の 結 果	継続申請の場合は現在の状況を記載				
	血液検査				
	LH ( ) mIU/mL	FSH ( ) mIU/mL			
	テストステロン ( ) ng/dL	E <sub>2</sub> ( ) pg/mL			
	IGF1 ( ) ng/mL				
	空腹時血糖 ( ) mg/dL	HbA1c ( ) %			
	インスリン (IRI) ( ) μU/mL				
	AST ( ) IU/L	ALT ( ) IU/L			
	中性脂肪 ( ) mg/dL	T-Chol ( ) mg/dL			
	遺伝学的検査				
染色体検査 ( )					
末梢血 ( 未実施 ・ 実施 → 所見: )					
その他の組織 ( 未実施 ・ 実施 → 所見: )					
FISH (SNRPN領域) ( 未実施 ・ 実施 → 所見: )					
メチル化試験 (SNRPN-DNR) ( 未実施 ・ 実施 → 所見: )					
遺伝子診断 ( 未実施 ・ 実施 → 所見: )					

3. その他の所見					
その他の 現在の 所見など	合併症 ( なし ・ あり → 詳細: )				

4. 経過					
現在 な ま で の 治 療	薬物療法など ( なし ・ あり → 補充療法 ・ 機能抑制療法 ・ 他の薬物療法 ・ 運動制限 ・ 手術予定あり ・ 術後 ) 成長ホルモン治療 ( 不要 ・ 要 → 添付する成長ホルモン治療用意見書 ( 初回 ・ 継続 ) )				

5. 今後の療方針					
就学・就労	1. 就学前 2. 小中学校 ( 通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級 ) 3. 特別支援学校 ( 小中学部 ・ 専攻科を含む高等部 ) 4. 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 5. 大学 ( 短期大学を含む ) 6. 就労 ( 就学中の就労も含む ) 7. 未就学かつ未就労 8. その他 ( )				
現状評価	一つに○印 : 治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能 小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当: しない ・ する ・ 不明 人工呼吸器等装着者認定基準に該当: しない ・ する ・ 不明				
治療見込期間	入院	年 月 日 から	年 月 日 まで		
	通院	年 月 日 から	年 月 日 まで	( 月 回 )	

上記の通り診断します。					
平成 年 月 日			医療機関名 および 所在地		
医師名			科		
小児慢性特定疾病指定医番号					

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入  
※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入

告示番号	95	内分泌疾患	平成( )年度	小児慢性特定疾病	医療意見書
受給者番号( )	新規登録 ・ 継続 ・ 転入 ( 転出地: )				
患者	ふりがな 氏名	男・女	生年月日	平成 年 月 日 ( 満 歳 )	
出生都道府県 <sup>※1</sup>		出生体重	g	出生週数	在胎 週
現在の身長 <sup>※2</sup>	cm	現在の体重 <sup>※2</sup>	kg	母の生年月日	昭和 平成 年 月 日
発病	年 月 頃	初診日	年 月 日		
大分類病名	43	内分泌疾患を伴うその他の症候群	細分類病名	93	マッケューン・オルブライト (McCune-Albright) 症候群

該当するものに○をつけ、必要な場合( )に記載

1.臨床所見					
現在の 症状	身長・体重の測定日 ( ) 年 月 日)				
	現在の身長 ( ) SD	現在の体重 ( ) SD			
	<b>二次性徴 (Tanner分類)</b>				
	外性器発育 (男子のみ) ( I ・ II ・ III ・ IV ・ V )	発現時の年齢 ( ) 歳 ( ) か月			
	乳房発育 (女子のみ) ( I ・ II ・ III ・ IV ・ V )	発現時の年齢 ( ) 歳 ( ) か月			
陰毛発育 (男女とも) ( I ・ II ・ III ・ IV ・ V )	発現時の年齢 ( ) 歳 ( ) か月				
性器出血 ( なし ・ あり )	皮膚カフェオレ斑 ( なし ・ あり )	線維性骨異形成 ( なし ・ あり )			
他の内分泌異常の合併 ( なし ・ あり → 詳細: )					
その他の特記すべき症状 ( なし ・ あり → 所見: )					

2.検査所見					
診断の 根拠と なった 主な 検査等 の結果	継続申請の場合は現在の状況を記載				
	<b>血液検査</b>				
	テストステロン ( ) ng/dL	E <sub>2</sub> ( ) pg/mL			
	<b>LHRH負荷試験</b>				
	LH基礎値 ( ) mIU/mL	LH頂値 ( ) mIU/mL			
	FSH基礎値 ( ) mIU/mL	FSH頂値 ( ) mIU/mL			
	<b>骨年齢</b> 検査日 ( ) 年 月 日)				
	( ) 歳 ( ) か月				
	<b>画像所見</b>				
	腹部CT・MRI ( 未実施 ・ 実施 → 所見: )				
腹部超音波検査 ( 未実施 ・ 実施 → 所見: )					
<b>遺伝子検査</b> ( 未実施 ・ 実施 → 所見: )					

3.その他の所見					
その他の 現在の 所見など	合併症 ( なし ・ あり → 詳細: )				

4.経過					
現在 な ま で の 治 療	薬物療法など ( なし ・ あり → 補充療法 ・ 機能抑制療法 ・ 他の薬物療法 ・ 運動制限 ・ 手術予定あり ・ 術後 )				

5.今後の療の方針					
就学・就労	1. 就学前 2. 小中学校 ( 通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級 ) 3. 特別支援学校 ( 小中学部 ・ 専攻科を含む高等部 ) 4. 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 5. 大学 ( 短期大学を含む ) 6. 就労 ( 就学中の就労も含む ) 7. 未就学かつ未就労 8. その他 ( )				
現状評価	一つに○印 : 治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能 小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当: しない ・ する ・ 不明 人工呼吸器等装着者認定基準に該当: しない ・ する ・ 不明				
治療見込期間	入院	年 月 日 から	年 月 日 まで		
	通院	年 月 日 から	年 月 日 まで	( 月 回 )	

上記の通り診断します。					
平成 年 月 日			医療機関名 および 所在地		
			科		
			医師名		
			印		
小児慢性特定疾病指定医番号					

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入  
※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入

告示番号	92	内分泌疾患	平成 ( ) 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書
受給者番号 ( )	新規登録 ・ 継続 ・ 転入 ( 転出地 : )		
患者	ふりがな 氏名	男 ・ 女	生年月日 平成 年 月 日 ( 満 歳 )
出生都道府県 <sup>※1</sup>	出生体重	g	出生週数 在胎 週
現在の身長 <sup>※2</sup>	cm	現在の体重 <sup>※2</sup>	kg 母の生年月日 昭和 平成 年 月 日
発病	年 月 頃	初診日	年 月 日
大分類病名	43 内分泌疾患を伴うその他の症候群	細分類病名	94 ヌーン (Noonan) 症候群

該当するものに○をつけ、必要な場合 ( ) に記載

1. 臨床所見			
現在の 症状	身長・体重の測定日 ( ) 年 月 日)	現在の身長 ( ) SD	現在の体重 ( ) SD
	① 顔貌 典型的な顔貌 <sup>※</sup> ( なし ・ あり )	⑦ 示唆的な顔貌 ( なし ・ あり )	
	② 心臓合併症 肺動脈狭窄及び/又は典型的な心電図所見 ( なし ・ あり )	⑧ その他の異常 ( なし ・ あり )	
	③ 身長 3パーセントタイル未満 ( なし ・ あり )	⑨ 10パーセントタイル未満 ( なし ・ あり )	
	④ 胸郭 鳩胸又は漏斗胸 ( なし ・ あり )	⑩ 広い胸郭 ( なし ・ あり )	
	⑤ 家族歴 第1度近親者に確実なヌーン症候群あり ( なし ・ あり )	⑪ 第1度近親者にヌーン症候群の可能性 ( なし ・ あり )	
	⑥ その他 次の全てを満たす男性： 精神遅滞、停留精巣、リンパ管形成異常 ( なし ・ あり )	⑫ 精神遅滞、停留精巣、リンパ管形成異常のうち一つ ( なし ・ あり )	
※ 眼間開離、眼瞼下垂、内眼角贅皮、眼裂斜下、耳介低位、高口蓋、小顎症など			

2. 検査所見			
診断の 根拠と なった 主な 検査等 の結果	継続申請の場合は現在の状況を記載		
	血液検査		
	LH ( ) mIU/mL	FSH ( ) mIU/mL	
	テストステロン ( ) ng/dL	E <sub>2</sub> ( ) pg/mL	
	IGF1 ( ) ng/mL		
	GH分泌刺激試験① 負荷試験名 ( ) 検査日 ( ) 年 月 日)	GH頂値 (補正值) ( ) ng/mL	
	GH分泌刺激試験② 負荷試験名 ( ) 検査日 ( ) 年 月 日)	GH頂値 (補正值) ( ) ng/mL	
	遺伝子診断 ( 未実施 ・ 実施 → 所見 : )		

3. その他の所見	
その他の現在の所見など	合併症 ( なし ・ あり → 詳細 : )

4. 経過	
現在までの主な治療	薬物療法など ( なし ・ あり → 補充療法 ・ 機能抑制療法 ・ 他の薬物療法 ・ 運動制限 ・ 手術予定あり ・ 術後 )

5. 今後の療方針	
就学・就労	1. 就学前 2. 小中学校 ( 通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級 ) 3. 特別支援学校 ( 小中学部 ・ 専攻科を含む高等部 ) 4. 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 5. 大学 ( 短期大学を含む ) 6. 就労 ( 就学中の就労も含む ) 7. 未就学かつ未就労 8. その他 ( )
現状評価	一つに○印 : 治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能 小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当 : しない ・ する ・ 不明 人工呼吸器等装着者認定基準に該当 : しない ・ する ・ 不明
治療見込期間	入院 年 月 日から 年 月 日まで 通院 年 月 日から 年 月 日まで ( 月 回 )

上記の通り診断します。

医療機関名  
および  
所在地

平成 年 月 日 医師名 科 印

小児慢性特定疾病指定医番号

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入  
※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入

告示番号	93	内分泌疾患	平成 ( ) 年度	小児慢性特定疾病	医療意見書
受給者番号 ( )	新規登録 ・ 継続 ・ 転入 ( 転出地 : )				
患者	ふりがな 氏名	男 ・ 女	生年月日	平成 年 月 日 ( 満 歳 )	
出生都道府県 <sup>※1</sup>		出生体重	g	出生週数	在胎 週
現在の身長 <sup>※2</sup>	cm	現在の体重 <sup>※2</sup>	kg	母の生年月日	昭和 平成 年 月 日
発病	年 月 頃	初診日	年 月 日		
大分類病名	43	内分泌疾患を伴うその他の症候群	細分類病名	95	バルデー・ビードル (Bardet-Biedl) 症候群

該当するものに○をつけ、必要な場合 ( ) に記載

1. 臨床所見					
現在の 症状	身長・体重の測定日 ( 年 月 日 )				
	現在の身長 ( ) SD		現在の体重 ( ) SD		
現在の 症状	肥満 ( なし ・ あり )	精神発達遅滞 ( なし ・ あり )	慢性腎障害 ( なし ・ あり )		
	多指・合指症 ( なし ・ あり )	性腺機能低下 ( なし ・ あり )			
	網膜色素変性症 ( 視力低下・夜盲 ) ( なし ・ あり )				
	その他の特記すべき症状 ( なし ・ あり → 所見 : )				

2. 検査所見						
診断の 根拠と なった 主な 検査等 の結果	継続申請の場合は現在の状況を記載					
	血液検査					
	LH ( ) mIU/mL	FSH ( ) mIU/mL				
	テストステロン ( ) ng/dL	E <sub>2</sub> ( ) pg/mL				
	IGF1 ( ) ng/mL	HbA1c ( ) %				
	空腹時血糖 ( ) mg/dL	インスリン (IRI) ( ) μU/mL				
	AST ( ) IU/L	ALT ( ) IU/L				
	中性脂肪 ( ) mg/dL	T-Cho ( ) mg/dL				
	遺伝子診断 ( 未実施 ・ 実施 → 所見 : )					

3. その他の所見					
その他の 現在の 所見など	合併症 ( なし ・ あり → 詳細 : )				

4. 経過					
現在 までの 治療	薬物療法など ( なし ・ あり → 補充療法 ・ 機能抑制療法 ・ 他の薬物療法 ・ 運動制限 ・ 手術予定あり ・ 術後 )				

5. 今後の療方針					
就学・就労	1. 就学前 2. 小中学校 ( 通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級 ) 3. 特別支援学校 ( 小中学部 ・ 専攻科を含む高等部 ) 4. 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 5. 大学 ( 短期大学を含む ) 6. 就労 ( 就学中の就労も含む ) 7. 未就学かつ未就労 8. その他 ( )				
現状評価	一つに○印 : 治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能 小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当 : しない ・ する ・ 不明 人工呼吸器等装着者認定基準に該当 : しない ・ する ・ 不明				
治療見込期間	入院	年 月 日 から 年 月 日 まで			
	通院	年 月 日 から 年 月 日 まで ( 月 回 )			

上記の通り診断します。					
平成 年 月 日			医療機関名 および 所在地		
			科		
			医師名		
			印		
小児慢性特定疾病指定医番号					

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入  
※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入