

告示番号		37		内分泌疾患		( )		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉		1/2	
病名		57 ギナドトロピン依存性思春期早発症							受付種別		<input type="checkbox"/> 新規		
受給者番号				受診日		年 月 日							
ふりがな 氏名 (Alphabet)					(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)								
生年月日		年 月 日		意見書記載時の年齢		歳 か月 日		性別		男 ・ 女 ・ 性別未決定			
出生体重		g		出生週数		在胎 週 日		出生時に住民登録をした所		( ) 都道府県 ( ) 市区町村			
現在の 身長・体重		身長 (測定日)		cm ( SD)		体重 (測定日)		kg ( SD)		BMI			
				年 月 日				年 月 日		肥満度 %			
発病時期		年 月 頃		初診日		年 月 日							
就学・就労状況		就学前 ・ 小中学校( 通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級 ) ・ 特別支援学校( 小中学部 ・ 専攻科を含む高等部 ) ・ 高等学校(専攻科を含む) ・ 高等専門学校 ・ 専門学校／専修学校など ・ 大学(短期大学を含む) ・ 就労(就学中の就労も含む) ・ 未就学かつ未就労 ・ その他 ( )											
手帳取得状況		身体障害者手帳		なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級 ・ 4級 ・ 5級 ・ 6級)					療育手帳		なし ・ あり		
		精神障害者保健福祉手帳 (障害者手帳)			なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級)								
現状評価		治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能						運動制限の必要性		なし ・ あり			
		人工呼吸器等装着者認定基準に該当			する ・ しない ・ 不明			小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当			する ・ しない ・ 不明		
臨床所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載													
二次性徴 (Tanner分類)		二次性徴：[ なし ・ あり ] 思春期開始年齢：( 歳 か月 ) 乳房発育 (女子のみ)：[ I ・ II ・ III ・ IV ・ V ] 年齢 (発現時)：( 歳 か月 ) 陰毛発育 (男女共)：[ I ・ II ・ III ・ IV ・ V ] 年齢 (発現時)：( 歳 か月 ) 外性器発達 (男子のみ)：[ I ・ II ・ III ・ IV ・ V ] 年齢 (発現時)：( 歳 か月 ) 精巣容量：( )mL											
症状	全身	著明な身長増加：[ なし ・ あり ]											
	内分泌・代謝	思春期早発：[ なし ・ あり ]											
	その他	症状 (その他)：( )											
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
二次性徴 (Tanner分類)		二次性徴：[ なし ・ あり ] 思春期開始年齢：( 歳 か月 ) 乳房発育 (女子のみ)：[ I ・ II ・ III ・ IV ・ V ] 年齢 (発現時)：( 歳 か月 ) 陰毛発育 (男女共)：[ I ・ II ・ III ・ IV ・ V ] 年齢 (発現時)：( 歳 か月 ) 外性器発達 (男子のみ)：[ I ・ II ・ III ・ IV ・ V ] 年齢 (発現時)：( 歳 か月 ) 精巣容量：( )mL											
症状	全身	著明な身長増加：[ なし ・ あり ]											
	内分泌・代謝	思春期早発：[ なし ・ あり ]											
	その他	症状 (その他)：( )											
検査所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載													
負荷試験		GnRH (LHRH) 負荷試験：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) LH基礎値：( )mIU/mL LH頂値：( )mIU/mL FSH基礎値：( )mIU/mL FSH頂値：( )mIU/mL											
血液検査		テストステロン：( )ng/mL ・ ng/dL エストラジオール (E <sub>2</sub> )：( )pg/mL											
骨年齢		骨年齢 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 骨年齢：( 歳 か月 )											
画像検査		超音波検査 (腹部)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 所見：( )											
		CTまたはMRI検査 (頭部)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 所見：( )											
		CTまたはMRI検査 (腹部)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 所見：( )											
検査所見 (その他)		検査所見 (その他)：( )											
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
負荷試験		GnRH (LHRH) 負荷試験：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) LH基礎値：( )mIU/mL LH頂値：( )mIU/mL FSH基礎値：( )mIU/mL FSH頂値：( )mIU/mL											
血液検査		テストステロン：( )ng/mL ・ ng/dL エストラジオール (E <sub>2</sub> )：( )pg/mL											

受給者番号（		）		患者氏名（		）				
告示番号	37	内分泌疾患（					） 年度	小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉		2/2
骨年齢	骨年齢：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 骨年齢：( 歳 か月 )									
画像検査	超音波検査（腹部）：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 所見：( )									
	CTまたはMRI検査（頭部）：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 所見：( )									
	CTまたはMRI検査（腹部）：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 所見：( )									
検査所見（その他）	検査所見（その他）：( )									
その他の所見（申請時） ※直近の状況を記載										
合併症	合併症：[ なし ・ あり ] 詳細：( )									
経過（申請時） ※直近の状況を記載										
薬物療法	補充療法：[ なし ・ あり ] 詳細：( )									
	機能抑制療法：[ なし ・ あり ] 詳細：( )									
	薬物療法（その他）：( )									
手術	手術：[ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ] 実施日：( 年 月 日 ) 術式：( )									
治療	治療（その他）：( )									
今後の治療方針	今後の治療方針：( )									
	治療見込み期間（入院）	開始日：( 年 月 日 )	終了日：( 年 月 日 )	治療見込み期間（外来）	開始日：( 年 月 日 )	終了日：( 年 月 日 )	通院頻度	( )	回／月	
医療機関・医師署名										
上記の通り診断します。										
医療機関名				記載年月日		年 月 日				
医療機関住所				診療科						
				医師名				(印)		
				小児慢性特定疾病 指定医番号		( )				