

|                          |        |   |  |  |  |   |  |                      |  |                   |  |               |  |  |  |
|--------------------------|--------|---|--|--|--|---|--|----------------------|--|-------------------|--|---------------|--|--|--|
| 告示番号                     |        | 72  |  | 内分泌疾患（ ）年度 小児慢性特定疾病 医療意見書〈継続申請用〉         |  |   |  |                      |  |                   |  |               |  | 1/2  |  |
| 病名                       |        | 62 低ゴナドトロピン性性腺機能低下症（カルマン（Kallmann）症候群を除く。）  |  |  |  |   |  |                      |  |                   |  | 受付種別          |  | <input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名<br><input type="checkbox"/> 転入 → （ ） |  |
| 受給者番号                    |        |   |  | 受診日                                      |  | 年 月 日                                       |  |                      |  |                   |  |               |  |  |  |
| ふりがな<br>氏名<br>(Alphabet) |        |   |  |  |  | (変更があった場合)<br>ふりがな<br>以前の登録氏名<br>(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<br>(測定日)   |  | cm ( SD)<br>年 月 日                        |  | 体重<br>(測定日)                                 |  | kg ( SD)<br>年 月 日    |  | BMI               |  |               |  |  |  |
|                          |        |   |  |  |  |   |  |                      |  | 肥満度               |  | %             |  |  |  |
| 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 (申請時) ※直近の状況を記載     |        |   |  |  |  |   |  |                      |  |                   |  |               |  |  |  |
| 二次性徴<br>(Tanner分類)       |        | 二次性徴：[ なし ・ あり ] 思春期開始年齢：( 歳 か月 )<br>乳房発育 (女子のみ)：[ I ・ II ・ III ・ IV ・ V ] 年齢 (発現時)：( 歳 か月 )<br>陰毛発育 (男女共)：[ I ・ II ・ III ・ IV ・ V ] 年齢 (発現時)：( 歳 か月 )<br>外性器発達 (男子のみ)：[ I ・ II ・ III ・ IV ・ V ] 年齢 (発現時)：( 歳 か月 ) 精巣容量：( )mL |  |  |  |   |  |                      |  |                   |  |               |  |  |  |
| 症状                       | 内分泌・代謝 | 二次性徴の欠如または進行不全：[ なし ・ あり ] 月経異常 (女子のみ)：[ なし ・ あり ] 不妊 (女子のみ)：[ なし ・ あり ]<br>小陰茎 (男子のみ)：[ なし ・ あり ] 骨年齢遅延：[ なし ・ あり ]  |  |  |  |   |  |                      |  |                   |  |               |  |  |  |
|                          | 耳鼻咽喉   | 無・低嗅症 (Kallmann症候群)：[ なし ・ あり ] 聴力障害：[ なし ・ あり ]  |  |  |  |   |  |                      |  |                   |  |               |  |  |  |
|                          | その他    | 外性器異常：[ なし ・ あり ]<br>症状 (その他)：( )   |  |  |  |   |  |                      |  |                   |  |               |  |  |  |
| 検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載     |        |   |  |  |  |   |  |                      |  |                   |  |               |  |  |  |
| 負荷試験                     |        | GnRH (LHRH) 負荷試験：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )<br>LH基礎値：( )mIU/mL LH頂値：( )mIU/mL<br>FSH基礎値：( )mIU/mL FSH頂値：( )mIU/mL   |  |  |  |   |  |                      |  |                   |  |               |  |  |  |
| 血液検査                     |        | テストステロン：( )ng/mL ・ ng/dL エストラジオール (E <sub>2</sub> )：( )pg/mL  |  |  |  |   |  |                      |  |                   |  |               |  |  |  |
| 骨年齢                      |        | 骨年齢 ：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 骨年齢：( 歳 か月 )  |  |  |  |   |  |                      |  |                   |  |               |  |  |  |
| 画像検査                     |        | 超音波検査 (腹部)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )<br>所見：( )   |  |  |  |   |  |                      |  |                   |  |               |  |  |  |
|                          |        | CTまたはMRI検査 (頭部)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )<br>所見：( )  |  |  |  |   |  |                      |  |                   |  |               |  |  |  |
|                          |        | CTまたはMRI検査 (腹部)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )<br>所見：( )  |  |  |  |   |  |                      |  |                   |  |               |  |  |  |
| 耳鼻咽喉科学的検査                |        | 嗅覚検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )<br>所見：( )   |  |  |  |   |  |                      |  |                   |  |               |  |  |  |
| 遺伝学的検査                   |        | 遺伝子検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )<br>所見：( )  |  |  |  |   |  |                      |  |                   |  |               |  |  |  |
| 検査所見 (その他)               |        | 検査所見 (その他)：( )  |  |  |  |   |  |                      |  |                   |  |               |  |  |  |
| その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載   |        |   |  |  |  |   |  |                      |  |                   |  |               |  |  |  |
| 合併症                      |        | 合併症：[ なし ・ あり ]<br>詳細：( )   |  |  |  |   |  |                      |  |                   |  |               |  |  |  |
| 経過 (申請時) ※直近の状況を記載       |        |   |  |  |  |   |  |                      |  |                   |  |               |  |  |  |
| 薬物療法                     |        | 補充療法：[ なし ・ あり ]<br>詳細：( )  |  |  |  |   |  |                      |  |                   |  |               |  |  |  |
|                          |        | 機能抑制療法：[ なし ・ あり ]<br>詳細：( )  |  |  |  |   |  |                      |  |                   |  |               |  |  |  |
|                          |        | 薬物療法 (その他)：( )  |  |  |  |   |  |                      |  |                   |  |               |  |  |  |

受給者番号( ) 患者氏名( )

|             |   |                              |                              |                |          |                       |     |
|-------------|---|------------------------------|------------------------------|----------------|----------|-----------------------|-----|
| 告示番号        | 72  | 内分泌疾患                        | (                            | )              | 年度       | 小児慢性特定疾病 医療意見書〈継続申請用〉 | 2/2 |
| 手術          | 手術：[ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ] 実施日：(      年      月      日 )<br>術式：(      ) |                              |                              |                |          |                       |     |
| 治療          | 治療（その他）：(      )  |                              |                              |                |          |                       |     |
| 今後の治療方針     | 今後の治療方針：(      )  |                              |                              |                |          |                       |     |
|             | 治療見込み期間（入院）   | 開始日：(      年      月      日 ) | 終了日：(      年      月      日 ) |                |          |                       |     |
|             | 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 | (      ) |                       |     |