告示番号 5　内分泌疾患　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉

病名	1　先天性下垂体機能低下症			受付種別	□ 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) 年　月　日	体重(測定日)	kg (　SD) 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(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
診断		低ゴナドトロピン性性腺機能低下症：[なし ・ あり]　ACTH分泌不全症：[なし ・ あり]　TSH分泌不全症：[なし ・ あり] GH分泌不全症：[なし ・ あり]　中枢性尿崩症：[なし ・ あり]
症状	全身	低身長(−2.0SD以下)：[なし ・ あり]　全身倦怠感：[なし ・ あり]　易疲労性：[なし ・ あり]　食欲不振：[なし ・ あり] 体重増加不良：[なし ・ あり]　不活発：[なし ・ あり]　低血圧：[なし ・ あり]　口渇：[なし ・ あり] 多飲：[なし ・ あり]
	内分泌・代謝	二次性徴の欠如または進行不全：[なし ・ あり]　月経異常(女子のみ)：[なし ・ あり]　不妊(女子のみ)：[なし ・ あり] 乳房萎縮(女子のみ)：[なし ・ あり]　性欲低下(男子のみ)：[なし ・ あり]　インポテンス(男子のみ)：[なし ・ あり] 小陰茎(男子のみ)：[なし ・ あり]　陰毛腋毛の脱落：[なし ・ あり]　性器萎縮：[なし ・ あり] 耐寒性低下：[なし ・ あり]　症候性低血糖(乳幼児)：[なし ・ あり]
	腎・泌尿器	停留精巣：[なし ・ あり]　部位：[腹腔内 ・ 鼠蹊部 ・ 陰嚢内]　尿道下裂：[なし ・ あり]　多尿：[なし ・ あり]
	皮膚・粘膜	皮膚乾燥：[なし ・ あり]　脱毛：[なし ・ あり]
	精神・神経	意識障害(低血糖や低ナトリウム血症による)：[なし ・ あり]
	耳鼻咽喉	無・低嗅症(Kallmann症候群)：[なし ・ あり]
	その他	症状(その他)：(　　)

臨床所見(申請時)　※直近の状況を記載

二次性徴(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
診断		低ゴナドトロピン性性腺機能低下症：[なし ・ あり]　ACTH分泌不全症：[なし ・ あり]　TSH分泌不全症：[なし ・ あり] GH分泌不全症：[なし ・ あり]　中枢性尿崩症：[なし ・ あり]
症状	全身	低身長(−2.0SD以下)：[なし ・ あり]　全身倦怠感：[なし ・ あり]　易疲労性：[なし ・ あり]　食欲不振：[なし ・ あり] 体重増加不良：[なし ・ あり]　不活発：[なし ・ あり]　低血圧：[なし ・ あり]　口渇：[なし ・ あり] 多飲：[なし ・ あり]
	内分泌・代謝	二次性徴の欠如または進行不全：[なし ・ あり]　月経異常(女子のみ)：[なし ・ あり]　不妊(女子のみ)：[なし ・ あり] 乳房萎縮(女子のみ)：[なし ・ あり]　性欲低下(男子のみ)：[なし ・ あり]　インポテンス(男子のみ)：[なし ・ あり] 小陰茎(男子のみ)：[なし ・ あり]　陰毛腋毛の脱落：[なし ・ あり]　性器萎縮：[なし ・ あり] 耐寒性低下：[なし ・ あり]　症候性低血糖(乳幼児)：[なし ・ あり]
	腎・泌尿器	停留精巣：[なし ・ あり]　部位：[腹腔内 ・ 鼠蹊部 ・ 陰嚢内]　尿道下裂：[なし ・ あり]　多尿：[なし ・ あり]
	皮膚・粘膜	皮膚乾燥：[なし ・ あり]　脱毛：[なし ・ あり]
	精神・神経	意識障害(低血糖や低ナトリウム血症による)：[なし ・ あり]
	耳鼻咽喉	無・低嗅症(Kallmann症候群)：[なし ・ あり]
	その他	症状(その他)：(　　)

検査所見(診断時)　※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載

負荷試験	TRH分泌刺激試験：[未実施 ・ 実施]　実施日：(　年　月　日) TSH基礎値：(　　)μIU/mL　TSH頂値：(　　)μIU/mL　TSH頂値：出現時間：(　　)分
	GnRH(LHRH)負荷試験：[未実施 ・ 実施]　実施日：(　年　月　日) LH基礎値：(　　)mIU/mL　LH頂値：(　　)mIU/mL FSH基礎値：(　　)mIU/mL　FSH頂値：(　　)mIU/mL

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

告示番号	5	内分泌疾患　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉	2/2

負荷試験	インスリン・CRH負荷試験：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　年　月　日 ） コルチゾール基礎値：（　）μg/dL　コルチゾール頂値：（　）μg/dL ACTH基礎値：（　）pg/mL　ACTH頂値：（　）pg/mL
	水制限または高張食塩水負荷試験：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　年　月　日 ） 最大血清浸透圧：（　）mOsm/kg・H_2O　最大尿浸透圧：（　）mOsm/kg・H_2O　ADH頂値：（　）pg/mL
	バソプレシン負荷試験（水溶性ピトレシン5単位皮下注後30分ごとに2時間採尿）：[未実施 ・ 実施] 尿量減少：[なし ・ あり]　尿浸透圧：（　）mOsm/kg
	成長ホルモン分泌試験①：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　年　月　日 ） 負荷試験名：[インスリン負荷試験 ・ グルカゴン負荷試験 ・ アルギニン負荷試験 ・ クロニジン負荷試験 ・ GHRP-2負荷試験 ・ L-DOPA負荷試験] GH測定キット名：（　）　GH頂値（補正値）：（　）ng/mL
	成長ホルモン分泌試験②：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　年　月　日 ） 負荷試験名：[インスリン負荷試験 ・ グルカゴン負荷試験 ・ アルギニン負荷試験 ・ クロニジン負荷試験 ・ GHRP-2負荷試験 ・ L-DOPA負荷試験] GH測定キット名：（　）　GH頂値（補正値）：（　）ng/mL
	成長ホルモン分泌試験③：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　年　月　日 ） 負荷試験名：[インスリン負荷試験 ・ グルカゴン負荷試験 ・ アルギニン負荷試験 ・ クロニジン負荷試験 ・ GHRP-2負荷試験 ・ L-DOPA負荷試験] GH測定キット名：（　）　GH頂値（補正値）：（　）ng/mL
	迅速ACTH（コートロシン）負荷：[未実施 ・ 実施] 血中コルチゾール低反応：[なし ・ あり]
	ACTH-Z（コートロシンZ）連続負荷：[未実施 ・ 実施] 血中コルチゾール増加反応：[なし ・ あり]
尿検査	一日尿量（体表面積当）：（　）mL/m²/日 ・ 未実施　尿中遊離コルチゾール：（　）μg/day ・ 未実施
血液検査	IGF-1（ソマトメジンC）：（　）ng/mL　テストステロン：（　）ng/mL ・ ng/dL　エストラジオール（E_2）：（　）pg/mL コルチゾール（朝）：（　）μg/dL　コルチゾール（昼または夕）：（　）μg/dL　コルチゾール（寝る前）：（　）μg/dL TSH：（　）μIU/mL　free T_3：（　）pg/mL　free T_4：（　）ng/dL
骨年齢	骨年齢 ：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　年　月　日 ）　骨年齢：（　歳　か月 ）
画像検査	画像検査（下垂体近傍）：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　年　月　日 ） 所見：（　）
遺伝学的検査	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　年　月　日 ） 所見：（　）
検査所見（その他）	検査所見（その他）：（　）

検査所見（申請時）　※直近の状況を記載

尿検査	一日尿量（体表面積当）：（　）mL/m²/日 ・ 未実施
血液検査	IGF-1（ソマトメジンC）：（　）ng/mL　テストステロン：（　）ng/mL ・ ng/dL　エストラジオール（E_2）：（　）pg/mL コルチゾール（朝）：（　）μg/dL　コルチゾール（昼または夕）：（　）μg/dL　コルチゾール（寝る前）：（　）μg/dL TSH：（　）μIU/mL　free T_3：（　）pg/mL　free T_4：（　）ng/dL
骨年齢	骨年齢 ：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　年　月　日 ）　骨年齢：（　歳　か月 ）
画像検査	画像検査（下垂体近傍）：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　年　月　日 ） 所見：（　）
遺伝学的検査	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　年　月　日 ） 所見：（　）
検査所見（その他）	検査所見（その他）：（　）

その他の所見（申請時）　※直近の状況を記載

合併症	合併症：[なし ・ あり] 詳細：（　）
出生歴	骨盤位経腟分娩：[なし ・ あり]　新生児仮死：[なし ・ あり]　遷遷延性黄疸：[なし ・ あり] SGA（妊娠週数に比して小さい）：[なし ・ あり] 出生歴（その他）：（　）

経過（申請時）　※直近の状況を記載

薬物療法	補充療法：[なし ・ あり] 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
	成長ホルモン治療の有無：[なし ・ あり] 成長ホルモン治療申請の有無（※申請日よりさかのぼって２年以内に実施した負荷試験のみ有効）：[なし ・ あり]

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　（　　）

告示番号 4　内分泌疾患　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉

病名	2　後天性下垂体機能低下症			受付種別	□ 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) 年　月　日	体重(測定日)	kg (　SD) 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(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
診断		低ゴナドトロピン性性腺機能低下症：[なし ・ あり]　ACTH分泌不全症：[なし ・ あり]　TSH分泌不全症：[なし ・ あり] GH分泌不全症：[なし ・ あり]　中枢性尿崩症：[なし ・ あり]
症状	全身	低身長(−2.0SD以下)：[なし ・ あり]　全身倦怠感：[なし ・ あり]　易疲労性：[なし ・ あり]　食欲不振：[なし ・ あり] 体重増加不良：[なし ・ あり]　不活発：[なし ・ あり]　低血圧：[なし ・ あり]　口渇：[なし ・ あり] 多飲：[なし ・ あり]
	内分泌・代謝	二次性徴の欠如または進行不全：[なし ・ あり]　月経異常(女子のみ)：[なし ・ あり]　不妊(女子のみ)：[なし ・ あり] 乳房萎縮(女子のみ)：[なし ・ あり]　性欲低下(男子のみ)：[なし ・ あり]　インポテンス(男子のみ)：[なし ・ あり] 小陰茎(男子のみ)：[なし ・ あり]　陰毛腋毛の脱落：[なし ・ あり]　性器萎縮：[なし ・ あり] 耐寒性低下：[なし ・ あり]　症候性低血糖(乳幼児)：[なし ・ あり]
	腎・泌尿器	停留精巣：[なし ・ あり]　部位：[腹腔内 ・ 鼠蹊部 ・ 陰嚢内]　尿道下裂：[なし ・ あり]　多尿：[なし ・ あり]
	皮膚・粘膜	皮膚乾燥：[なし ・ あり]　脱毛：[なし ・ あり]
	精神・神経	意識障害(低血糖や低ナトリウム血症による)：[なし ・ あり]
	耳鼻咽喉	無・低嗅症(Kallmann症候群)：[なし ・ あり]
	その他	症状(その他)：(　　)

臨床所見(申請時)　※直近の状況を記載

二次性徴(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
診断		低ゴナドトロピン性性腺機能低下症：[なし ・ あり]　ACTH分泌不全症：[なし ・ あり]　TSH分泌不全症：[なし ・ あり] GH分泌不全症：[なし ・ あり]　中枢性尿崩症：[なし ・ あり]
症状	全身	低身長(−2.0SD以下)：[なし ・ あり]　全身倦怠感：[なし ・ あり]　易疲労性：[なし ・ あり]　食欲不振：[なし ・ あり] 体重増加不良：[なし ・ あり]　不活発：[なし ・ あり]　低血圧：[なし ・ あり]　口渇：[なし ・ あり] 多飲：[なし ・ あり]
	内分泌・代謝	二次性徴の欠如または進行不全：[なし ・ あり]　月経異常(女子のみ)：[なし ・ あり]　不妊(女子のみ)：[なし ・ あり] 乳房萎縮(女子のみ)：[なし ・ あり]　性欲低下(男子のみ)：[なし ・ あり]　インポテンス(男子のみ)：[なし ・ あり] 小陰茎(男子のみ)：[なし ・ あり]　陰毛腋毛の脱落：[なし ・ あり]　性器萎縮：[なし ・ あり] 耐寒性低下：[なし ・ あり]　症候性低血糖(乳幼児)：[なし ・ あり]
	腎・泌尿器	停留精巣：[なし ・ あり]　部位：[腹腔内 ・ 鼠蹊部 ・ 陰嚢内]　尿道下裂：[なし ・ あり]　多尿：[なし ・ あり]
	皮膚・粘膜	皮膚乾燥：[なし ・ あり]　脱毛：[なし ・ あり]
	精神・神経	意識障害(低血糖や低ナトリウム血症による)：[なし ・ あり]
	耳鼻咽喉	無・低嗅症(Kallmann症候群)：[なし ・ あり]
	その他	症状(その他)：(　　)

検査所見(診断時)　※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載

負荷試験	TRH分泌刺激試験：[未実施 ・ 実施]　実施日：(　年　月　日) TSH基礎値：(　　)μIU/mL　TSH頂値：(　　)μIU/mL　TSH頂値：出現時間：(　　)分
	GnRH(LHRH)負荷試験：[未実施 ・ 実施]　実施日：(　年　月　日) LH基礎値：(　　)mIU/mL　LH頂値：(　　)mIU/mL FSH基礎値：(　　)mIU/mL　FSH頂値：(　　)mIU/mL

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

告示番号 4　**内分泌疾患　（　　）　年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉**　

負荷試験	インスリン・CRH負荷試験：[　未実施　・　実施　]　実施日：(　　年　　月　　日　) コルチゾール基礎値：(　　)μg/dL　コルチゾール頂値：(　　)μg/dL ACTH基礎値：(　　)pg/mL　ACTH頂値：(　　)pg/mL
	水制限または高張食塩水負荷試験：[　未実施　・　実施　]　実施日：(　　年　　月　　日　) 最大血清浸透圧：(　　)mOsm/kg・H_2O　最大尿浸透圧：(　　)mOsm/kg・H_2O　ADH頂値：(　　)pg/mL
	バソプレシン負荷試験（水溶性ピトレシン5単位皮下注後30分ごとに2時間採尿）：[　未実施　・　実施　] 尿量減少：[　なし　・　あり　]　尿浸透圧：(　　)mOsm/kg
	成長ホルモン分泌試験①：[　未実施　・　実施　]　実施日：(　　年　　月　　日　) 負荷試験名：[　インスリン負荷試験　・　グルカゴン負荷試験　・　アルギニン負荷試験　・　クロニジン負荷試験　・　GHRP-2負荷試験　・　L-DOPA負荷試験　] GH測定キット名：(　　)　GH頂値（補正値）：(　　)ng/mL
	成長ホルモン分泌試験②：[　未実施　・　実施　]　実施日：(　　年　　月　　日　) 負荷試験名：[　インスリン負荷試験　・　グルカゴン負荷試験　・　アルギニン負荷試験　・　クロニジン負荷試験　・　GHRP-2負荷試験　・　L-DOPA負荷試験　] GH測定キット名：(　　)　GH頂値（補正値）：(　　)ng/mL
	成長ホルモン分泌試験③：[　未実施　・　実施　]　実施日：(　　年　　月　　日　) 負荷試験名：[　インスリン負荷試験　・　グルカゴン負荷試験　・　アルギニン負荷試験　・　クロニジン負荷試験　・　GHRP-2負荷試験　・　L-DOPA負荷試験　] GH測定キット名：(　　)　GH頂値（補正値）：(　　)ng/mL
	迅速ACTH（コートロシン）負荷：[　未実施　・　実施　] 血中コルチゾール低反応：[　なし　・　あり　]
	ACTH-Z（コートロシンZ）連続負荷：[　未実施　・　実施　] 血中コルチゾール増加反応：[　なし　・　あり　]
尿検査	一日尿量（体表面積当）：(　　)mL/m²/日　・　未実施　尿中遊離コルチゾール：(　　)μg/day　・　未実施
血液検査	IGF-1（ソマトメジンC）：(　　)ng/mL　テストステロン：(　　)ng/mL　・　ng/dL　エストラジオール（E_2）：(　　)pg/mL コルチゾール（朝）：(　　)μg/dL　コルチゾール（昼または夕）：(　　)μg/dL　コルチゾール（寝る前）：(　　)μg/dL TSH：(　　)μIU/mL　free T_3：(　　)pg/mL　free T_4：(　　)ng/dL
骨年齢	骨年齢　：[　未実施　・　実施　]　実施日：(　　年　　月　　日　)　骨年齢：(　　歳　　か月　)
画像検査	画像検査（下垂体近傍）：[　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

尿検査	一日尿量（体表面積当）：(　　)mL/m²/日　・　未実施
血液検査	IGF-1（ソマトメジンC）：(　　)ng/mL　テストステロン：(　　)ng/mL　・　ng/dL　エストラジオール（E_2）：(　　)pg/mL コルチゾール（朝）：(　　)μg/dL　コルチゾール（昼または夕）：(　　)μg/dL　コルチゾール（寝る前）：(　　)μg/dL TSH：(　　)μIU/mL　free T_3：(　　)pg/mL　free T_4：(　　)ng/dL
骨年齢	骨年齢　：[　未実施　・　実施　]　実施日：(　　年　　月　　日　)　骨年齢：(　　歳　　か月　)
画像検査	画像検査（下垂体近傍）：[　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：(　　)
出生歴	骨盤位経腟分娩：[　なし　・　あり　]　新生児仮死：[　なし　・　あり　]　遷延性黄疸：[　なし　・　あり　] SGA（妊娠週数に比して小さい）：[　なし　・　あり　] 出生歴（その他）：(　　)

経過（申請時）　※直近の状況を記載

薬物療法	補充療法：[　なし　・　あり　] 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
	成長ホルモン治療の有無：[　なし　・　あり　] 成長ホルモン治療申請の有無（※申請日よりさかのぼって２年以内に実施した負荷試験のみ有効）：[　なし　・　あり　]

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　(　　)

告示番号	6	内分泌疾患　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉

病名	3　下垂体性巨人症			受付種別	□　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) 年　月　日	体重(測定日)	kg (　SD) 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(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	著明な身長の増加：[　なし　・　あり　]　高血圧：[　なし　・　あり　]　先端巨大：[　なし　・　あり　]　発汗過多：[　なし　・　あり　]
	内分泌・代謝	月経異常(女子のみ)：[　なし　・　あり　]　耐糖能異常：[　なし　・　あり　]
	呼吸器・循環器	睡眠時無呼吸：[　なし　・　あり　]
	精神・神経	頭痛：[　なし　・　あり　]
	眼	視野障害：[　なし　・　あり　]
	その他	咬合不全：[　なし　・　あり　] 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	著明な身長の増加：[　なし　・　あり　]　高血圧：[　なし　・　あり　]　先端巨大：[　なし　・　あり　]　発汗過多：[　なし　・　あり　]
	内分泌・代謝	月経異常(女子のみ)：[　なし　・　あり　]　耐糖能異常：[　なし　・　あり　]
	呼吸器・循環器	睡眠時無呼吸：[　なし　・　あり　]
	精神・神経	頭痛：[　なし　・　あり　]
	眼	視野障害：[　なし　・　あり　]
	その他	咬合不全：[　なし　・　あり　] 症状(その他)：(　　)

検査所見(診断時)　※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載

負荷試験	ブドウ糖経口負荷試験：[　未実施　・　実施　]　実施日：(　　年　月　日　) GH最低値(補正値)：(　　)ng/mL　IGF-1(ソマトメジンC)：(　　)ng/mL
骨年齢	骨年齢　：[　未実施　・　実施　]　実施日：(　　年　月　日　)　骨年齢：(　歳　か月　)
画像検査	単純X線検査(頭部)：[　未実施　・　実施　]　実施日：(　　年　月　日　) トルコ鞍の拡大・破壊：[　なし　・　あり　]　副副鼻腔の拡大：[　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　]
	単純X線検査(骨)：[　未実施　・　実施　]　実施日：(　　年　月　日　) 手指末節骨の花キャベツ様肥大変形：[　なし　・　あり　]　足底部軟部組織厚heel padの増大：[　なし　・　あり　]
	CTまたはMRI検査(頭部)：[　未実施　・　実施　]　実施日：(　　年　月　日　)　下垂体腺腫：[　なし　・　あり　]
検査所見(その他)	検査所見(その他)：(　　)

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

告示番号	6	内分泌疾患　（　　）　年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉	2/2

検査所見（申請時）　※直近の状況を記載	
骨年齢	骨年齢　：[　未実施　・　実施　]　実施日：(　年　月　日　)　骨年齢：(　歳　か月　)
画像検査	単純X線検査（頭部）：[　未実施　・　実施　]　実施日：(　年　月　日　) トルコ鞍の拡大・破壊：[　なし　・　あり　]　副副鼻腔の拡大：[　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　]
	単純X線検査（骨）：[　未実施　・　実施　]　実施日：(　年　月　日　) 手指末節骨の花キャベツ様肥大変形：[　なし　・　あり　]　足底部軟部組織厚heel padの増大：[　なし　・　あり　]
	CTまたはMRI検査（頭部）：[　未実施　・　実施　]　実施日：(　年　月　日　)　下垂体腺腫：[　なし　・　あり　]
検査所見（その他）	検査所見（その他）：(　)

その他の所見（申請時）　※直近の状況を記載	
合併症	合併症：[　なし　・　あり　] 詳細：(　)

経過（申請時）　※直近の状況を記載	
薬物療法	補充療法：[　なし　・　あり　] 詳細：(　)
	機能抑制療法：[　なし　・　あり　] 詳細：(　)
	薬物療法（その他）：(　)
手術	手術：[　未実施　・　実施予定　・　実施済　]　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　(　　)

告示番号 55　内分泌疾患　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉

病名	4　先端巨大症			受付種別	□ 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) 年　月　日	体重(測定日)	kg (　SD) 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(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	高血圧：[なし ・ あり]　発汗過多：[なし ・ あり]　手足の容積の増大：[なし ・ あり]
	内分泌・代謝	月経異常(女子のみ)：[なし ・ あり]　耐糖能異常：[なし ・ あり]
	呼吸器・循環器	睡眠時無呼吸：[なし ・ あり]
	精神・神経	頭痛：[なし ・ あり]　感覚障害(手根管症候群)：[なし ・ あり]
	眼	視野障害：[なし ・ あり]
	その他	咬合不全：[なし ・ あり]　先端巨大症様顔貌：[なし ・ あり]　巨大舌：[なし ・ あり] 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	高血圧：[なし ・ あり]　発汗過多：[なし ・ あり]　手足の容積の増大：[なし ・ あり]
	内分泌・代謝	月経異常(女子のみ)：[なし ・ あり]　耐糖能異常：[なし ・ あり]
	呼吸器・循環器	睡眠時無呼吸：[なし ・ あり]
	精神・神経	頭痛：[なし ・ あり]　感覚障害(手根管症候群)：[なし ・ あり]
	眼	視野障害：[なし ・ あり]
	その他	咬合不全：[なし ・ あり]　先端巨大症様顔貌：[なし ・ あり]　巨大舌：[なし ・ あり] 症状(その他)：(　　)

検査所見(診断時)　※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載

負荷試験	ブドウ糖経口負荷試験：[未実施 ・ 実施]　実施日：(年 月 日) GH最低値(補正値)：( )ng/mL　IGF-1(ソマトメジンC)：( )ng/mL
骨年齢	骨年齢 ：[未実施 ・ 実施]　実施日：(年 月 日)　骨年齢：(歳 か月)
画像検査	単純X線検査(頭部)：[未実施 ・ 実施]　実施日：(年 月 日) 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]
	単純X線検査(骨)：[未実施 ・ 実施]　実施日：(年 月 日) 手指末節骨の花キャベツ様肥大変形：[なし ・ あり]　足底部軟部組織厚heel padの増大：[なし ・ あり]
	CTまたはMRI検査(頭部)：[未実施 ・ 実施]　実施日：(年 月 日) 下垂体腺腫：[なし ・ あり]　部位：[真皮内 ・ 不明]
検査所見(その他)	検査所見(その他)：(　　)

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

告示番号 55　**内分泌疾患　（　　）　年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉**　

検査所見（申請時）　※直近の状況を記載	
骨年齢	骨年齢　：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　年　月　日　）　骨年齢：（　歳　か月　）
画像検査	単純X線検査（頭部）：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　年　月　日　） トルコ鞍の拡大・破壊：[　なし　・　あり　]　副鼻腔の拡大：[　なし　・　あり　]　外後頭隆起の突出：[　なし　・　あり　] 下顎角の開大と下顎の突出：[　なし　・　あり　]
	単純X線検査（骨）：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　年　月　日　） 手指末節骨の花キャベツ様肥大変形：[　なし　・　あり　]　足底部軟部組織厚heel padの増大：[　なし　・　あり　]
	CTまたはMRI検査（頭部）：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　年　月　日　） 下垂体腺腫：[　なし　・　あり　]　部位：[　真皮内　・　不明　]
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　（　　）

病名	5　成長ホルモン(GH)分泌不全性低身長症(脳の器質的原因によるものに限る。)			受付種別	□　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) 年　月　日	体重(測定日)	kg (　SD) 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(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
診断		低ゴナドトロピン性性腺機能低下症：[　なし　・　あり　]　ACTH分泌不全症：[　なし　・　あり　]　TSH分泌不全症：[　なし　・　あり　] GH分泌不全症：[　なし　・　あり　]　中枢性尿崩症：[　なし　・　あり　] 脳の器質的障害の原因：(　　)
症状	全身	低身長(−2.0SD以下)：[　なし　・　あり　]　全身倦怠感：[　なし　・　あり　]　易疲労性：[　なし　・　あり　]　食欲不振：[　なし　・　あり　] 体重増加不良：[　なし　・　あり　]　不活発：[　なし　・　あり　]　低血圧：[　なし　・　あり　]　口渇：[　なし　・　あり　] 多飲：[　なし　・　あり　]
	内分泌・代謝	二次性徴の欠如または進行不全：[　なし　・　あり　]　月経異常(女子のみ)：[　なし　・　あり　]　不妊(女子のみ)：[　なし　・　あり　] 乳房萎縮(女子のみ)：[　なし　・　あり　]　性欲低下(男子のみ)：[　なし　・　あり　]　インポテンス(男子のみ)：[　なし　・　あり　] 小陰茎(男子のみ)：[　なし　・　あり　]　陰毛腋毛の脱落：[　なし　・　あり　]　性器萎縮：[　なし　・　あり　] 耐寒性低下：[　なし　・　あり　]　症候性低血糖(乳幼児)：[　なし　・　あり　]
	腎・泌尿器	停留精巣：[　なし　・　あり　]　部位：[　腹腔内　・　鼠蹊部　・　陰嚢内　]　尿道下裂：[　なし　・　あり　]　多尿：[　なし　・　あり　]
	皮膚・粘膜	皮膚乾燥：[　なし　・　あり　]　脱毛：[　なし　・　あり　]
	精神・神経	意識障害(低血糖や低ナトリウム血症による)：[　なし　・　あり　]
	耳鼻咽喉	無・低嗅症(Kallmann症候群)：[　なし　・　あり　]
	その他	症状(その他)：(　　)

臨床所見(申請時)　※直近の状況を記載

二次性徴(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
診断		低ゴナドトロピン性性腺機能低下症：[　なし　・　あり　]　ACTH分泌不全症：[　なし　・　あり　]　TSH分泌不全症：[　なし　・　あり　] GH分泌不全症：[　なし　・　あり　]　中枢性尿崩症：[　なし　・　あり　] 脳の器質的障害の原因：(　　)
症状	全身	低身長(−2.0SD以下)：[　なし　・　あり　]　全身倦怠感：[　なし　・　あり　]　易疲労性：[　なし　・　あり　]　食欲不振：[　なし　・　あり　] 体重増加不良：[　なし　・　あり　]　不活発：[　なし　・　あり　]　低血圧：[　なし　・　あり　]　口渇：[　なし　・　あり　] 多飲：[　なし　・　あり　]
	内分泌・代謝	二次性徴の欠如または進行不全：[　なし　・　あり　]　月経異常(女子のみ)：[　なし　・　あり　]　不妊(女子のみ)：[　なし　・　あり　] 乳房萎縮(女子のみ)：[　なし　・　あり　]　性欲低下(男子のみ)：[　なし　・　あり　]　インポテンス(男子のみ)：[　なし　・　あり　] 小陰茎(男子のみ)：[　なし　・　あり　]　陰毛腋毛の脱落：[　なし　・　あり　]　性器萎縮：[　なし　・　あり　] 耐寒性低下：[　なし　・　あり　]　症候性低血糖(乳幼児)：[　なし　・　あり　]
	腎・泌尿器	停留精巣：[　なし　・　あり　]　部位：[　腹腔内　・　鼠蹊部　・　陰嚢内　]　尿道下裂：[　なし　・　あり　]　多尿：[　なし　・　あり　]
	皮膚・粘膜	皮膚乾燥：[　なし　・　あり　]　脱毛：[　なし　・　あり　]
	精神・神経	意識障害(低血糖や低ナトリウム血症による)：[　なし　・　あり　]
	耳鼻咽喉	無・低嗅症(Kallmann症候群)：[　なし　・　あり　]
	その他	症状(その他)：(　　)

検査所見(診断時)　※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載

負荷試験	TRH分泌刺激試験：[　未実施　・　実施　]　実施日：(　年　月　日　) TSH基礎値：(　　)μIU/mL　TSH頂値：(　　)μIU/mL　TSH頂値：出現時間：(　　)分

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

告示番号 45　**内分泌疾患　（　　）　年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉**　

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
	インスリン・CRH負荷試験：[　未実施　・　実施　]　実施日：(　　年　　月　　日　) コルチゾール基礎値：(　　)μg/dL　コルチゾール頂値：(　　)μg/dL ACTH基礎値：(　　)pg/mL　ACTH頂値：(　　)pg/mL
	水制限または高張食塩水負荷試験：[　未実施　・　実施　]　実施日：(　　年　　月　　日　) 最大血清浸透圧：(　　)mOsm/kg・H_2O　最大尿浸透圧：(　　)mOsm/kg・H_2O　ADH頂値：(　　)pg/mL
	バソプレシン負荷試験（水溶性ピトレシン5単位皮下注後30分ごとに2時間採尿）：[　未実施　・　実施　] 尿量減少：[　なし　・　あり　]　尿浸透圧：(　　)mOsm/kg
	成長ホルモン分泌試験①：[　未実施　・　実施　]　実施日：(　　年　　月　　日　) 負荷試験名：[　インスリン負荷試験　・　グルカゴン負荷試験　・　アルギニン負荷試験　・　クロニジン負荷試験　・　GHRP-2負荷試験　・　L-DOPA負荷試験　] GH測定キット名：(　　)　GH頂値（補正値）：(　　)ng/mL
	成長ホルモン分泌試験②：[　未実施　・　実施　]　実施日：(　　年　　月　　日　) 負荷試験名：[　インスリン負荷試験　・　グルカゴン負荷試験　・　アルギニン負荷試験　・　クロニジン負荷試験　・　GHRP-2負荷試験　・　L-DOPA負荷試験　] GH測定キット名：(　　)　GH頂値（補正値）：(　　)ng/mL
	成長ホルモン分泌試験③：[　未実施　・　実施　]　実施日：(　　年　　月　　日　) 負荷試験名：[　インスリン負荷試験　・　グルカゴン負荷試験　・　アルギニン負荷試験　・　クロニジン負荷試験　・　GHRP-2負荷試験　・　L-DOPA負荷試験　] GH測定キット名：(　　)　GH頂値（補正値）：(　　)ng/mL
	迅速ACTH（コートロシン）負荷：[　未実施　・　実施　] 血中コルチゾール低反応：[　なし　・　あり　]
	ACTH-Z（コートロシンZ）連続負荷：[　未実施　・　実施　] 血中コルチゾール増加反応：[　なし　・　あり　]
尿検査	一日尿量（体表面積当）：(　　)mL/m²/日　・　未実施　尿中遊離コルチゾール：(　　)μg/day　・　未実施
血液検査	IGF-1（ソマトメジンC）：(　　)ng/mL　テストステロン：(　　)ng/mL　・　ng/dL　エストラジオール（E_2）：(　　)pg/mL コルチゾール（朝）：(　　)μg/dL　コルチゾール（昼または夕）：(　　)μg/dL　コルチゾール（寝る前）：(　　)μg/dL TSH：(　　)μIU/mL　free T_3：(　　)pg/mL　free T_4：(　　)ng/dL
骨年齢	骨年齢　：[　未実施　・　実施　]　実施日：(　　年　　月　　日　)　骨年齢：(　　歳　　か月　)
画像検査	画像検査（下垂体近傍）：[　未実施　・　実施　]　実施日：(　　年　　月　　日　) 所見：(　　)
検査所見（申請時）　※直近の状況を記載	
尿検査	一日尿量（体表面積当）：(　　)mL/m²/日　・　未実施
血液検査	IGF-1（ソマトメジンC）：(　　)ng/mL　テストステロン：(　　)ng/mL　・　ng/dL　エストラジオール（E_2）：(　　)pg/mL コルチゾール（朝）：(　　)μg/dL　コルチゾール（昼または夕）：(　　)μg/dL　コルチゾール（寝る前）：(　　)μg/dL TSH：(　　)μIU/mL　free T_3：(　　)pg/mL　free T_4：(　　)ng/dL
骨年齢	骨年齢　：[　未実施　・　実施　]　実施日：(　　年　　月　　日　)　骨年齢：(　　歳　　か月　)
画像検査	画像検査（下垂体近傍）：[　未実施　・　実施　]　実施日：(　　年　　月　　日　) 所見：(　　)
その他の所見（申請時）　※直近の状況を記載	
合併症	合併症：[　なし　・　あり　] 詳細：(　　)
出生歴	骨盤位経腟分娩：[　なし　・　あり　]　新生児仮死：[　なし　・　あり　]　遷遷延性黄疸：[　なし　・　あり　] SGA（妊娠週数に比して小さい）：[　なし　・　あり　] 出生歴（その他）：(　　)
経過（申請時）　※直近の状況を記載	
薬物療法	補充療法：[　なし　・　あり　] 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
	成長ホルモン治療の有無：[　なし　・　あり　] 成長ホルモン治療申請の有無（※申請日よりさかのぼって２年以内に実施した負荷試験のみ有効）：[　なし　・　あり　]

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　(　　)

病名	6　成長ホルモン（GH）分泌不全性低身長症（脳の器質的原因によるものを除く。）			受付種別	□ 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） 年　月　日	体重（測定日）	kg（　SD） 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（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
診断		低ゴナドトロピン性性腺機能低下症：[なし ・ あり]　ACTH分泌不全症：[なし ・ あり]　TSH分泌不全症：[なし ・ あり] GH分泌不全症：[なし ・ あり]　中枢性尿崩症：[なし ・ あり]
症状	全身	低身長（−2.5SD以下）：[なし ・ あり]　低身長（−2.5SDより大きく−2.0SD以下）：[なし ・ あり] 成長速度の低下（2年以上標準値の −1.5 SD以下）：[なし ・ あり] 全身倦怠感：[なし ・ あり]　易疲労性：[なし ・ あり]　食欲不振：[なし ・ あり]　体重増加不良：[なし ・ あり] 不活発：[なし ・ あり]　低血圧：[なし ・ あり]　口渇：[なし ・ あり]　多飲：[なし ・ あり]
	内分泌・代謝	二次性徴の欠如または進行不全：[なし ・ あり]　月経異常（女子のみ）：[なし ・ あり]　不妊（女子のみ）：[なし ・ あり] 乳房萎縮（女子のみ）：[なし ・ あり]　性欲低下（男子のみ）：[なし ・ あり]　インポテンス（男子のみ）：[なし ・ あり] 小陰茎（男子のみ）：[なし ・ あり]　陰毛腋毛の脱落：[なし ・ あり]　性器萎縮：[なし ・ あり] 耐寒性低下：[なし ・ あり]　症候性低血糖（乳幼児）：[なし ・ あり]
	腎・泌尿器	停留精巣：[なし ・ あり]　部位：[腹腔内 ・ 鼠蹊部 ・ 陰嚢内]　尿道下裂：[なし ・ あり]　多尿：[なし ・ あり]
	皮膚・粘膜	皮膚乾燥：[なし ・ あり]　脱毛：[なし ・ あり]
	精神・神経	意識障害（低血糖や低ナトリウム血症による）：[なし ・ あり]
	耳鼻咽喉	無・低嗅症（Kallmann症候群）：[なし ・ あり]
	その他	症状（その他）：（　　）

臨床所見（申請時）　※直近の状況を記載

二次性徴（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
診断		低ゴナドトロピン性性腺機能低下症：[なし ・ あり]　ACTH分泌不全症：[なし ・ あり]　TSH分泌不全症：[なし ・ あり] GH分泌不全症：[なし ・ あり]　中枢性尿崩症：[なし ・ あり]
症状	全身	低身長（−2.5SD以下）：[なし ・ あり]　低身長（−2.5SDより大きく−2.0SD以下）：[なし ・ あり] 成長速度の低下（2年以上標準値の −1.5 SD以下）：[なし ・ あり] 全身倦怠感：[なし ・ あり]　易疲労性：[なし ・ あり]　食欲不振：[なし ・ あり]　体重増加不良：[なし ・ あり] 不活発：[なし ・ あり]　低血圧：[なし ・ あり]　口渇：[なし ・ あり]　多飲：[なし ・ あり]
	内分泌・代謝	二次性徴の欠如または進行不全：[なし ・ あり]　月経異常（女子のみ）：[なし ・ あり]　不妊（女子のみ）：[なし ・ あり] 乳房萎縮（女子のみ）：[なし ・ あり]　性欲低下（男子のみ）：[なし ・ あり]　インポテンス（男子のみ）：[なし ・ あり] 小陰茎（男子のみ）：[なし ・ あり]　陰毛腋毛の脱落：[なし ・ あり]　性器萎縮：[なし ・ あり] 耐寒性低下：[なし ・ あり]　症候性低血糖（乳幼児）：[なし ・ あり]
	腎・泌尿器	停留精巣：[なし ・ あり]　部位：[腹腔内 ・ 鼠蹊部 ・ 陰嚢内]　尿道下裂：[なし ・ あり]　多尿：[なし ・ あり]
	皮膚・粘膜	皮膚乾燥：[なし ・ あり]　脱毛：[なし ・ あり]
	精神・神経	意識障害（低血糖や低ナトリウム血症による）：[なし ・ あり]
	耳鼻咽喉	無・低嗅症（Kallmann症候群）：[なし ・ あり]
	その他	症状（その他）：（　　）

検査所見（診断時）　※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載

負荷試験	TRH分泌刺激試験：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　年　月　日） TSH基礎値：（　　）μIU/mL　TSH頂値：（　　）μIU/mL　TSH頂値：出現時間：（　　）分

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

告示番号 46　**内分泌疾患　（　　）　年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉**　

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
	インスリン・CRH負荷試験：[　未実施　・　実施　]　実施日：(　　年　　月　　日　) コルチゾール基礎値：(　　)μg/dL　コルチゾール頂値：(　　)μg/dL ACTH基礎値：(　　)pg/mL　ACTH頂値：(　　)pg/mL
	水制限または高張食塩水負荷試験：[　未実施　・　実施　]　実施日：(　　年　　月　　日　) 最大血清浸透圧：(　　)mOsm/kg・H_2O　最大尿浸透圧：(　　)mOsm/kg・H_2O　ADH頂値：(　　)pg/mL
	バソプレシン負荷試験（水溶性ピトレシン5単位皮下注後30分ごとに2時間採尿）：[　未実施　・　実施　] 尿量減少：[　なし　・　あり　]　尿浸透圧：(　　)mOsm/kg
	成長ホルモン分泌試験①：[　未実施　・　実施　]　実施日：(　　年　　月　　日　) 負荷試験名：[　インスリン負荷試験　・　グルカゴン負荷試験　・　アルギニン負荷試験　・　クロニジン負荷試験　・　GHRP-2負荷試験　・　L-DOPA負荷試験　] GH測定キット名：(　　)　GH頂値（補正値）：(　　)ng/mL
	成長ホルモン分泌試験②：[　未実施　・　実施　]　実施日：(　　年　　月　　日　) 負荷試験名：[　インスリン負荷試験　・　グルカゴン負荷試験　・　アルギニン負荷試験　・　クロニジン負荷試験　・　GHRP-2負荷試験　・　L-DOPA負荷試験　] GH測定キット名：(　　)　GH頂値（補正値）：(　　)ng/mL
	成長ホルモン分泌試験③：[　未実施　・　実施　]　実施日：(　　年　　月　　日　) 負荷試験名：[　インスリン負荷試験　・　グルカゴン負荷試験　・　アルギニン負荷試験　・　クロニジン負荷試験　・　GHRP-2負荷試験　・　L-DOPA負荷試験　] GH測定キット名：(　　)　GH頂値（補正値）：(　　)ng/mL
	迅速ACTH（コートロシン）負荷：[　未実施　・　実施　] 血中コルチゾール低反応：[　なし　・　あり　]
	ACTH-Z（コートロシンZ）連続負荷：[　未実施　・　実施　] 血中コルチゾール増加反応：[　なし　・　あり　]
尿検査	一日尿量（体表面積当）：(　　)mL/m²/日　・　未実施　尿中遊離コルチゾール：(　　)μg/day　・　未実施
血液検査	IGF-1（ソマトメジンC）：(　　)ng/mL　テストステロン：(　　)ng/mL　・　ng/dL　エストラジオール（E_2）：(　　)pg/mL コルチゾール（朝）：(　　)μg/dL　コルチゾール（昼または夕）：(　　)μg/dL　コルチゾール（寝る前）：(　　)μg/dL TSH：(　　)μIU/mL　free T_3：(　　)pg/mL　free T_4：(　　)ng/dL
骨年齢	骨年齢　：[　未実施　・　実施　]　実施日：(　　年　　月　　日　)　骨年齢：(　　歳　　か月　)
画像検査	画像検査（下垂体近傍）：[　未実施　・　実施　]　実施日：(　　年　　月　　日　) 所見：(　　)
遺伝学的検査	遺伝子検査：[　未実施　・　実施　]　実施日：(　　年　　月　　日　) 所見：(　　)
検査所見（申請時）　※直近の状況を記載	
尿検査	一日尿量（体表面積当）：(　　)mL/m²/日　・　未実施
血液検査	IGF-1（ソマトメジンC）：(　　)ng/mL　テストステロン：(　　)ng/mL　・　ng/dL　エストラジオール（E_2）：(　　)pg/mL コルチゾール（朝）：(　　)μg/dL　コルチゾール（昼または夕）：(　　)μg/dL　コルチゾール（寝る前）：(　　)μg/dL TSH：(　　)μIU/mL　free T_3：(　　)pg/mL　free T_4：(　　)ng/dL
骨年齢	骨年齢　：[　未実施　・　実施　]　実施日：(　　年　　月　　日　)　骨年齢：(　　歳　　か月　)
画像検査	画像検査（下垂体近傍）：[　未実施　・　実施　]　実施日：(　　年　　月　　日　) 所見：(　　)
遺伝学的検査	遺伝子検査：[　未実施　・　実施　]　実施日：(　　年　　月　　日　) 所見：(　　)
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：(　　)
出生歴	骨盤位経腟分娩：[　なし　・　あり　]　新生児仮死：[　なし　・　あり　]　遷延性黄疸：[　なし　・　あり　] SGA（妊娠週数に比して小さい）：[　なし　・　あり　] 出生歴（その他）：(　　)
経過（申請時）　※直近の状況を記載	
薬物療法	補充療法：[　なし　・　あり　] 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
	成長ホルモン治療の有無：[　なし　・　あり　] 成長ホルモン治療申請の有無（※申請日よりさかのぼって２年以内に実施した負荷試験のみ有効）：[　なし　・　あり　]

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　(　　)

病名	7　インスリン様成長因子1（IGF－1）不応症			受付種別	□ 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） 年　月　日	体重（測定日）	kg（　SD） 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（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
身体所見		身長（出生時）：（　　）cm
症状	全身	低身長（－2.0SD以下）：[なし ・ あり]　SGA性低身長症：[なし ・ あり]
	その他	症状（その他）：（　　）

臨床所見（申請時）　※直近の状況を記載

二次性徴（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	低身長（－2.0SD以下）：[なし ・ あり]　SGA性低身長症：[なし ・ あり]
	その他	症状（その他）：（　　）

検査所見（診断時）　※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載

負荷試験	成長ホルモン分泌試験：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　年　月　日） 負荷試験名：[インスリン負荷試験 ・ グルカゴン負荷試験 ・ アルギニン負荷試験 ・ クロニジン負荷試験 ・ GHRP-2負荷試験 ・ L-DOPA負荷試験] GH測定キット名：（　　）　GH基礎値（補正値）：（　　）ng/mL　GH頂値（補正値）：（　　）ng/mL
血液検査	IGF-1（ソマトメジンC）：（　　）ng/mL　GH：（　　）ng/mL IGFBP-3（インスリン様成長因子結合蛋白3型）：（　　）μg/mL ・ 未実施
	GHBP（成長ホルモン結合蛋白）：[未実施 ・ 実施] 所見：（　　）
骨年齢	骨年齢 ：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　年　月　日）　骨年齢：（　歳　か月）
遺伝学的検査	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　年　月　日） GH受容体遺伝子異常：[なし ・ あり] 詳細：（　　） IGF-1受容体遺伝子異常：[なし ・ あり] 詳細：（　　） 遺伝子異常（その他）：（　　）

検査所見（申請時）　※直近の状況を記載

負荷試験	成長ホルモン分泌試験：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　年　月　日） 負荷試験名：[インスリン負荷試験 ・ グルカゴン負荷試験 ・ アルギニン負荷試験 ・ クロニジン負荷試験 ・ GHRP-2負荷試験 ・ L-DOPA負荷試験] GH測定キット名：（　　）　GH基礎値（補正値）：（　　）ng/mL　GH頂値（補正値）：（　　）ng/mL

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

告示番号 43　**内分泌疾患　（　　）　年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉**　**2/2**

血液検査	IGF-1（ソマトメジンC）：（　　）ng/mL　GH：（　　）ng/mL IGFBP-3（インスリン様成長因子結合蛋白3型）：（　　）μg/mL　・　未実施
	GHBP（成長ホルモン結合蛋白）：［　未実施　・　実施　］ 所見：（　　）
骨年齢	骨年齢　：［　未実施　・　実施　］　実施日：（　　年　　月　　日　）　骨年齢：（　　歳　　か月　）
遺伝学的検査	遺伝子検査：［　未実施　・　実施　］　実施日：（　　年　　月　　日　） GH受容体遺伝子異常：［　なし　・　あり　］ 詳細：（　　） IGF-1受容体遺伝子異常：［　なし　・　あり　］ 詳細：（　　） 遺伝子異常（その他）：（　　）
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：（　　）
出生歴	SGA（妊娠週数に比して小さい）：［　なし　・　あり　］ 出生歴（その他）：（　　）
経過（申請時）　※直近の状況を記載	
薬物療法	補充療法：［　なし　・　あり　］ 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：（　　）
治療歴	成長ホルモン治療歴：［　なし　・　あり　］　治療効果：［　無効　・　やや有効　・　著効　・　不明　］
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　（　　）

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〉

病名	8　成長ホルモン不応性症候群（インスリン様成長因子1（IGF－1）不応症を除く。）			受付種別	□　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） 年　月　日	体重(測定日)	kg（　SD） 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（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
身体所見		身長（出生時）：(　　)cm
症状	全身	低身長（－2.0SD以下）：[　なし　・　あり　]　SGA性低身長症：[　なし　・　あり　]
	その他	症状（その他）：(　　)

臨床所見（申請時）　※直近の状況を記載

二次性徴(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	低身長（－2.0SD以下）：[　なし　・　あり　]　SGA性低身長症：[　なし　・　あり　]
	その他	症状（その他）：(　　)

検査所見（診断時）　※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載

負荷試験	成長ホルモン分泌試験：[　未実施　・　実施　]　実施日：(　　年　　月　　日　) 負荷試験名：[　インスリン負荷試験　・　グルカゴン負荷試験　・　アルギニン負荷試験　・　クロニジン負荷試験　・　GHRP-2負荷試験　・　L-DOPA負荷試験　] GH測定キット名：(　　)　GH基礎値（補正値）：(　　)ng/mL　GH頂値（補正値）：(　　)ng/mL
	IGF-1 generation test：[　未実施　・　実施　]　実施日：(　　年　　月　　日　) IGF-1（ソマトメジンC）頂値：(　　)ng/mL
血液検査	IGF-1（ソマトメジンC）：(　　)ng/mL　GH：(　　)ng/mL IGFBP-3（インスリン様成長因子結合蛋白3型）：(　　)μg/mL・未実施
	GHBP（成長ホルモン結合蛋白）：[　未実施　・　実施　] 所見：(　　)
骨年齢	骨年齢　：[　未実施　・　実施　]　実施日：(　　年　　月　　日　)　骨年齢：(　　歳　　か月　)
遺伝学的検査	遺伝子検査：[　未実施　・　実施　]　実施日：(　　年　　月　　日　) GH受容体遺伝子異常：[　なし　・　あり　] 詳細：(　　) IGF-1受容体遺伝子異常：[　なし　・　あり　] 詳細：(　　) 遺伝子異常（その他）：(　　)

検査所見（申請時）　※直近の状況を記載

負荷試験	成長ホルモン分泌試験：[　未実施　・　実施　]　実施日：(　　年　　月　　日　) 負荷試験名：[　インスリン負荷試験　・　グルカゴン負荷試験　・　アルギニン負荷試験　・　クロニジン負荷試験　・　GHRP-2負荷試験　・　L-DOPA負荷試験　] GH測定キット名：(　　)　GH基礎値（補正値）：(　　)ng/mL　GH頂値（補正値）：(　　)ng/mLIGF-1

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

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〉

負荷試験	IGF-1 generation test：[　未実施　・　実施　]　実施日：(　　年　　月　　日　) IGF-1（ソマトメジンC）頂値：(　　)ng/mL
血液検査	IGF-1（ソマトメジンC）：(　　)ng/mL　　GH：(　　)ng/mL IGFBP-3（インスリン様成長因子結合蛋白3型）：(　　)μg/mL・未実施
	GHBP（成長ホルモン結合蛋白）：[　未実施　・　実施　] 所見：(　　)
骨年齢	骨年齢　：[　未実施　・　実施　]　　実施日：(　　年　　月　　日　)　　骨年齢：(　　歳　　か月　)
遺伝学的検査	遺伝子検査：[　未実施　・　実施　]　　実施日：(　　年　　月　　日　) GH受容体遺伝子異常：[　なし　・　あり　] 詳細：(　　) IGF-1受容体遺伝子異常：[　なし　・　あり　] 詳細：(　　) 遺伝子異常（その他）：(　　)
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：(　　)
出生歴	SGA（妊娠週数に比して小さい）：[　なし　・　あり　] 出生歴（その他）：(　　)
経過（申請時）　※直近の状況を記載	
薬物療法	補充療法：[　なし　・　あり　] 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：(　　)
治療歴	成長ホルモン治療歴：[　なし　・　あり　]　　治療効果：[　無効　・　やや有効　・　著効　・　不明　]
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　(　　)

告示番号 33　内分泌疾患　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉

病名	9　高プロラクチン血症			受付種別	□ 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) 年　月　日	体重(測定日)	kg (　SD) 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(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	内分泌・代謝	不妊(女子のみ)：[なし ・ あり]　月経不順(女子のみ)：[なし ・ あり]　無月経(女子のみ)：[なし ・ あり] 性欲低下(男子のみ)：[なし ・ あり]　インポテンス(男子のみ)：[なし ・ あり]　女性化乳房(男子のみ)：[なし ・ あり] 乳汁分泌：[なし ・ あり]
	精神・神経	頭痛：[なし ・ あり]
	眼	視野障害：[なし ・ あり]
	その他	症状(その他)：(　　)

臨床所見(申請時)　※直近の状況を記載

二次性徴(Tanner分類)		二次性徴：[なし ・ あり]　思春期開始年齢：(　歳　か月) 乳房発育(女子のみ)：[Ⅰ ・ Ⅱ ・ Ⅲ ・ Ⅳ ・ Ⅴ]　年齢(発現時)：(　歳　か月) 陰毛発育(男女共)：[Ⅰ ・ Ⅱ ・ Ⅲ ・ Ⅳ ・ Ⅴ]　年齢(発現時)：(　歳　か月) 外性器発達(男子のみ)：[Ⅰ ・ Ⅱ ・ Ⅲ ・ Ⅳ ・ Ⅴ]　年齢(発現時)：(　歳　か月)　精巣容量：(　　)mL
症状	内分泌・代謝	不妊(女子のみ)：[なし ・ あり]　月経不順(女子のみ)：[なし ・ あり]　無月経(女子のみ)：[なし ・ あり] 性欲低下(男子のみ)：[なし ・ あり]　インポテンス(男子のみ)：[なし ・ あり]　女性化乳房(男子のみ)：[なし ・ あり] 乳汁分泌：[なし ・ あり]
	精神・神経	頭痛：[なし ・ あり]
	眼	視野障害：[なし ・ あり]
	その他	症状(その他)：(　　)

検査所見(診断時)　※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載

血液検査	プロラクチン基礎値(複数回の測定での最低値)：(　　)ng/mL　実施日：(　年　月　日) LH・FSH系：[正常 ・ 低下 ・ 亢進]　TSH系：[正常 ・ 低下 ・ 亢進] ACTH系：[正常 ・ 低下 ・ 亢進]　GH系：[正常 ・ 低下 ・ 亢進] バソプレシン系：[正常 ・ 低下 ・ 亢進]
骨年齢	骨年齢 ：[未実施 ・ 実施]　実施日：(　年　月　日)　骨年齢：(　歳　か月)
画像検査	CTまたはMRI検査(頭部)：[未実施 ・ 実施]　実施日：(　年　月　日) 下垂体腺腫：[なし ・ あり]　大きさ：[微小腺腫(10mm以下) ・ マクロ腺腫(10mmを超える)]　視床下部病変：[なし ・ あり] 所見：(　　)

検査所見(申請時)　※直近の状況を記載

血液検査	プロラクチン基礎値(複数回の測定での最低値)：(　　)ng/mL　実施日：(　年　月　日) LH・FSH系：[正常 ・ 低下 ・ 亢進]　TSH系：[正常 ・ 低下 ・ 亢進] ACTH系：[正常 ・ 低下 ・ 亢進]　GH系：[正常 ・ 低下 ・ 亢進] バソプレシン系：[正常 ・ 低下 ・ 亢進]

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

告示番号	33	内分泌疾患　（　　）　年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉	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	CTまたはMRI検査（頭部）：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　年　月　日　） 下垂体腺腫：[　なし　・　あり　]　大きさ：[　微小腺腫（10mm以下）　・　マクロ腺腫（10mmを超える）　]　視床下部病変：[　なし　・　あり　] 所見：（　）
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　（　　）

告示番号 34　内分泌疾患　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉

病名	10　抗利尿ホルモン（ADH）不適切分泌症候群			受付種別	□　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) 年　月　日	体重(測定日)	kg (　SD) 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(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

診断		原疾患：[　なし　・　あり　] 原疾患名：(　　)
身体所見		血圧：収縮期：(　　)mmHg　拡張期：(　　)mmHg　実施日：(　年　月　日　)
症状	全身	哺乳力低下：[　なし　・　あり　]　脱水：[　なし　・　あり　]　浮腫：[　なし　・　あり　]
	消化器	悪心・嘔吐：[　なし　・　あり　]
	精神・神経	意識障害：[　なし　・　あり　・　不明　]
	その他	症状(その他)：(　　)

臨床所見(申請時)　※直近の状況を記載

身体所見		血圧：収縮期：(　　)mmHg　拡張期：(　　)mmHg　実施日：(　年　月　日　)
症状	全身	哺乳力低下：[　なし　・　あり　]　脱水：[　なし　・　あり　]　浮腫：[　なし　・　あり　]
	消化器	悪心・嘔吐：[　なし　・　あり　]
	精神・神経	意識障害：[　なし　・　あり　・　不明　]
	その他	症状(その他)：(　　)

検査所見(診断時)　※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載

尿検査	尿蛋白(定性)：[　－　・　±　・　1+　・　2+　・　3+　・　4+　]　尿潜血(定性)：[　－　・　±　・　1+　・　2+　・　3+　] 尿浸透圧：(　　)mOsm/kg・H_2O　尿中ナトリウム：(　　)mEq/L
血液検査	血清Na：(　　)mEq/L　血清K：(　　)mEq/L　血清Cl：(　　)mEq/L　BUN：(　　)mg/dL 血清クレアチニン：(　　)mg/dL　血清尿酸：(　　)mg/dL　血漿抗利尿ホルモン：(　　)pg/mL 血清浸透圧：(　　)mOsm/kg・H_2O　血漿レニン活性(PRA)：(　　)ng/mL/hr　・　未実施　コルチゾール：(　　)μg/dL
画像検査	CTまたはMRI検査(頭部)：[　未実施　・　実施　]　実施日：(　年　月　日　)　下垂体腺腫：[　なし　・　あり　]

検査所見(申請時)　※直近の状況を記載

尿検査	尿蛋白(定性)：[　－　・　±　・　1+　・　2+　・　3+　・　4+　]　尿潜血(定性)：[　－　・　±　・　1+　・　2+　・　3+　] 尿浸透圧：(　　)mOsm/kg・H_2O　尿中ナトリウム：(　　)mEq/L
血液検査	血清Na：(　　)mEq/L　血清K：(　　)mEq/L　血清Cl：(　　)mEq/L　BUN：(　　)mg/dL 血清クレアチニン：(　　)mg/dL　血清尿酸：(　　)mg/dL　血漿抗利尿ホルモン：(　　)pg/mL 血清浸透圧：(　　)mOsm/kg・H_2O　血漿レニン活性(PRA)：(　　)ng/mL/hr　・　未実施　コルチゾール：(　　)μg/dL
画像検査	CTまたはMRI検査(頭部)：[　未実施　・　実施　]　実施日：(　年　月　日　)　下垂体腺腫：[　なし　・　あり　]

その他の所見(申請時)　※直近の状況を記載

合併症	中枢神経疾患：[　なし　・　あり　] 疾患名：(　　)
	内分泌疾患：[　なし　・　あり　] 疾患名：(　　)

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

告示番号 34　**内分泌疾患　（　　）　年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉**　

合併症	肺疾患：[　なし　・　あり　] 疾患名：(　　)
	薬剤性：[　なし　・　あり　] 原因薬剤名：(　　)
	合併症（その他）：(　　)
経過（申請時）　※直近の状況を記載	
薬物療法	補充療法：[　なし　・　あり　] 詳細：(　　)
	機能抑制療法：[　なし　・　あり　] 詳細：(　　)
	薬物療法（その他）：(　　)
水分制限	水分制限：[　なし　・　あり　]
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　(　　)

病名	11　中枢性尿崩症			受付種別	□ 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) 年　月　日	体重(測定日)	kg (　SD) 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(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

診断		原疾患：[なし ・ あり] 原疾患名：(　　)
病型		病型(中枢性尿崩症)：[特発性 ・ 家族性 ・ 続発性]
身体所見		血圧：収縮期：(　　)mmHg　拡張期：(　　)mmHg　実施日：(　年　月　日)
症状	全身	哺乳力低下：[なし ・ あり]　体重増加不良：[なし ・ あり]　多飲：[なし ・ あり]　脱水：[なし ・ あり]
	腎・泌尿器	多尿：[なし ・ あり]
	呼吸器・循環器	ショック：[なし ・ あり]
	消化器	悪心・嘔吐：[なし ・ あり]
	精神・神経	意識障害：[なし ・ あり ・ 不明]
	その他	症状(その他)：(　　)

臨床所見(申請時)　※直近の状況を記載

身体所見		血圧：収縮期：(　　)mmHg　拡張期：(　　)mmHg　実施日：(　年　月　日)
症状	全身	哺乳力低下：[なし ・ あり]　体重増加不良：[なし ・ あり]　多飲：[なし ・ あり]　脱水：[なし ・ あり]
	腎・泌尿器	多尿：[なし ・ あり]
	呼吸器・循環器	ショック：[なし ・ あり]
	消化器	悪心・嘔吐：[なし ・ あり]
	精神・神経	意識障害：[なし ・ あり ・ 不明]
	その他	症状(その他)：(　　)

検査所見(診断時)　※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載

負荷試験	バソプレシン負荷試験(水溶性ピトレシン5単位皮下注後30分ごとに2時間採尿)：[未実施 ・ 実施] 尿量減少：[なし ・ あり]　尿浸透圧：(　　)mOsm/kg
	水制限試験：[未実施 ・ 実施]　実施日：(　年　月　日) 最大血清浸透圧：(　　)mOsm/kg・H_2O　最大尿浸透圧：(　　)mOsm/kg・H_2O ADH頂値：(　　)pg/mL
	高張食塩水負荷試験：[未実施 ・ 実施]　実施日：(　年　月　日) 最大血清浸透圧：(　　)mOsm/kg・H_2O　最大尿浸透圧：(　　)mOsm/kg・H_2O ADH頂値：(　　)pg/mL
尿検査	尿浸透圧：(　　)mOsm/kg・H_2O　尿浸透圧(AVPまたはDDAVP投与後)：(　　)mOsm/kg・H_2O 尿中ナトリウム：(　　)mEq/L

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

血液検査	血清Na：（　　）mEq/L　血清K：（　　）mEq/L　血清Cl：（　　）mEq/L　血清Ca：（　　）mg/dL BUN：（　　）mg/dL　血清クレアチニン：（　　）mg/dL　血清尿酸：（　　）mg/dL 血漿抗利尿ホルモン：（　　）pg/mL　血清浸透圧：（　　）mOsm/kg・H_2O　コルチゾール：（　　）μg/dL
画像検査	画像検査：［　未実施　・　実施　］　実施日：（　　年　　月　　日　） 検査名：（　　） 所見：（　　）
検査所見（申請時）　※直近の状況を記載	
負荷試験	バソプレシン負荷試験（水溶性ピトレシン5単位皮下注後30分ごとに2時間採尿）：［　未実施　・　実施　］ 尿量減少：［　なし　・　あり　］　尿浸透圧：（　　）mOsm/kg
	水制限試験：［　未実施　・　実施　］　実施日：（　　年　　月　　日　） 最大血清浸透圧：（　　）mOsm/kg・H_2O　最大尿浸透圧：（　　）mOsm/kg・H_2O ADH頂値：（　　）pg/mL
	高張食塩水負荷試験：［　未実施　・　実施　］　実施日：（　　年　　月　　日　） 最大血清浸透圧：（　　）mOsm/kg・H_2O　最大尿浸透圧：（　　）mOsm/kg・H_2O ADH頂値：（　　）pg/mL
尿検査	尿浸透圧：（　　）mOsm/kg・H_2O　尿浸透圧（AVPまたはDDAVP投与後）：（　　）mOsm/kg・H_2O 尿中ナトリウム：（　　）mEq/L
血液検査	血清Na：（　　）mEq/L　血清K：（　　）mEq/L　血清Cl：（　　）mEq/L　血清Ca：（　　）mg/dL BUN：（　　）mg/dL　血清クレアチニン：（　　）mg/dL　血清尿酸：（　　）mg/dL 血漿抗利尿ホルモン：（　　）pg/mL　血清浸透圧：（　　）mOsm/kg・H_2O　コルチゾール：（　　）μg/dL
画像検査	画像検査：［　未実施　・　実施　］　実施日：（　　年　　月　　日　） 検査名：（　　） 所見：（　　）
その他の所見（申請時）　※直近の状況を記載	
合併症	合併症：［　なし　・　あり　］ 詳細：（　　）
経過（申請時）　※直近の状況を記載	
薬物療法	補充療法：［　なし　・　あり　］ 詳細：（　　）
	機能抑制療法：［　なし　・　あり　］ 詳細：（　　）
	薬物療法（その他）：（　　）
手術	手術：［　未実施　・　実施予定　・　実施済　］　実施日：（　　年　　月　　日　） 術式：（
治療	治療（その他）：（　　）
今後の治療方針	今後の治療方針：（　　）
	治療見込み期間（入院）　開始日：（　　年　　月　　日　）　終了日：（　　年　　月　　日　） 治療見込み期間（外来）　開始日：（　　年　　月　　日　）　終了日：（　　年　　月　　日　）　通院頻度　（　　）回／月
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　（　　）

病名	12 口渇中枢障害を伴う高ナトリウム血症（本態性高ナトリウム血症）			受付種別	□ 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） 年　月　日	体重（測定日）	kg（　SD） 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（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

身体所見		血圧：収縮期：（　　）mmHg　拡張期：（　　）mmHg　実施日：（　年　月　日）
症状	全身	体重減少：［ なし ・ あり ］　低血圧：［ なし ・ あり ］　口渇：［ なし ・ あり ］　脱水：［ なし ・ あり ］ 皮膚ツルゴール低下：［ なし ・ あり ］　他に高ナトリウム血症を来す明らかな原因がない：［ 非該当 ・ 該当 ］
	その他	症状（その他）：（　　）

臨床所見（申請時）　※直近の状況を記載

身体所見		血圧：収縮期：（　　）mmHg　拡張期：（　　）mmHg　実施日：（　年　月　日）
症状	全身	体重減少：［ なし ・ あり ］　低血圧：［ なし ・ あり ］　口渇：［ なし ・ あり ］　脱水：［ なし ・ あり ］ 皮膚ツルゴール低下：［ なし ・ あり ］　他に高ナトリウム血症を来す明らかな原因がない：［ 非該当 ・ 該当 ］
	その他	症状（その他）：（　　）

検査所見（診断時）　※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載

尿検査	尿浸透圧：（　　）mOsm/kg・H_2O　尿浸透圧（AVPまたはDDAVP投与後）：（　　）mOsm/kg・H_2O 尿中ナトリウム：（　　）mEq/L　尿中クレアチニン：（　　）mg/dL
血液検査	ヘマトクリット（Ht）：（　　）%　血清Na：（　　）mEq/L　血清K：（　　）mEq/L 血清Cl：（　　）mEq/L　BUN：（　　）mg/dL　血清クレアチニン：（　　）mg/dL 血清尿酸：（　　）mg/dL　血漿抗利尿ホルモン：（　　）pg/mL　血清浸透圧：（　　）mOsm/kg・H_2O BNP：（　　）pg/mL・未実施
画像検査	CTまたはMRI検査（頭部）：［ 未実施 ・ 実施 ］　実施日：（　年　月　日）　下垂体腺腫：［ なし ・ あり ］

検査所見（申請時）　※直近の状況を記載

尿検査	尿浸透圧：（　　）mOsm/kg・H_2O　尿浸透圧（AVPまたはDDAVP投与後）：（　　）mOsm/kg・H_2O 尿中ナトリウム：（　　）mEq/L　尿中クレアチニン：（　　）mg/dL
血液検査	ヘマトクリット（Ht）：（　　）%　血清Na：（　　）mEq/L　血清K：（　　）mEq/L 血清Cl：（　　）mEq/L　BUN：（　　）mg/dL　血清クレアチニン：（　　）mg/dL 血清尿酸：（　　）mg/dL　血漿抗利尿ホルモン：（　　）pg/mL　血清浸透圧：（　　）mOsm/kg・H_2O BNP：（　　）pg/mL・未実施
画像検査	CTまたはMRI検査（頭部）：［ 未実施 ・ 実施 ］　実施日：（　年　月　日）　下垂体腺腫：［ なし ・ あり ］

その他の所見（申請時）　※直近の状況を記載

合併症	合併症：［ なし ・ あり ］ 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）：（　　）

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

告示番号	73	内分泌疾患　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉	2/2

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　（　　）

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〉

病名	13 腎性尿崩症			受付種別	□ 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) 年　月　日	体重(測定日)	kg (　SD) 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(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

身体所見		血圧:収縮期:(　　)mmHg　拡張期:(　　)mmHg　実施日:(　年　月　日) 体表面積:(　　)m²
症状	全身	不明熱:[なし ・ あり]　体重減少:[なし ・ あり]　低血圧:[なし ・ あり]　口渇:[なし ・ あり] 多飲:[なし ・ あり]　脱水(高張性):[なし ・ あり]　皮膚ツルゴール低下:[なし ・ あり]
	腎・泌尿器	多尿:[なし ・ あり]
	その他	症状(その他):(　　)

臨床所見(申請時)　※直近の状況を記載

身体所見		血圧:収縮期:(　　)mmHg　拡張期:(　　)mmHg　実施日:(　年　月　日) 体表面積:(　　)m²
症状	全身	不明熱:[なし ・ あり]　体重減少:[なし ・ あり]　低血圧:[なし ・ あり]　口渇:[なし ・ あり] 多飲:[なし ・ あり]　脱水(高張性):[なし ・ あり]　皮膚ツルゴール低下:[なし ・ あり]
	腎・泌尿器	多尿:[なし ・ あり]
	その他	症状(その他):(　　)

検査所見(診断時)　※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載

負荷試験	水制限試験:[未実施 ・ 実施]　実施日:(　年　月　日) 最大血清浸透圧:(　　)mOsm/kg・H_2O　最大尿浸透圧:(　　)mOsm/kg・H_2O　ADH(頂値):(　　)pg/mL
尿検査	一日尿量(実測):(　　)mL/日　一日尿量(体表面積当):(　　)mL/m²/日 ・ 未実施 尿蛋白(定性):[− ・ ± ・ 1+ ・ 2+ ・ 3+ ・ 4+]　尿潜血(定性):[− ・ ± ・ 1+ ・ 2+ ・ 3+]
	尿沈渣:[異常なし ・ 異常あり] 所見:(　　)
	尿浸透圧:(　　)mOsm/kg・H_2O　尿浸透圧(AVPまたはDDAVP投与後):(　　)mOsm/kg・H_2O
血液検査	ヘマトクリット(Ht):(　　)%　血清Na:(　　)mEq/L　血清K:(　　)mEq/L 血清Cl:(　　)mEq/L　血清Ca:(　　)mg/dL　BUN:(　　)mg/dL 血清クレアチニン:(　　)mg/dL　血漿抗利尿ホルモン:(　　)pg/mL　血清浸透圧:(　　)mOsm/kg・H_2O
画像検査	CTまたはMRI検査(頭部):[未実施 ・ 実施]　実施日:(　年　月　日)　頭蓋内石灰化:[なし ・ あり]
遺伝学的検査	遺伝子検査:[未実施 ・ 実施]　実施日:(　年　月　日) 所見:(　　)

検査所見(申請時)　※直近の状況を記載

尿検査	一日尿量(実測):(　　)mL/日　一日尿量(体表面積当):(　　)mL/m²/日 ・ 未実施 尿蛋白(定性):[− ・ ± ・ 1+ ・ 2+ ・ 3+ ・ 4+]　尿潜血(定性):[− ・ ± ・ 1+ ・ 2+ ・ 3+]
	尿沈渣:[異常なし ・ 異常あり] 所見:(　　)
	尿浸透圧:(　　)mOsm/kg・H_2O　尿浸透圧(AVPまたはDDAVP投与後):(　　)mOsm/kg・H_2O

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

告示番号	74	内分泌疾患　（　　）　年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉	2/2

血液検査	ヘマトクリット（Ht）：（　　）％　血清Na：（　　）mEq/L　血清K：（　　）mEq/L 血清Cl：（　　）mEq/L　血清Ca：（　　）mg/dL　BUN：（　　）mg/dL 血清クレアチニン：（　　）mg/dL　血漿抗利尿ホルモン：（　　）pg/mL　血清浸透圧：（　　）mOsm/kg・H_2O
画像検査	CTまたはMRI検査（頭部）：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　　年　　月　　日　）　頭蓋内石灰化：[　なし　・　あり　]
遺伝学的検査	遺伝子検査：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　　年　　月　　日　） 所見：（　　）
その他の所見（申請時）　※直近の状況を記載	
合併症	合併症：[　なし　・　あり　] 詳細：（　　）
家族歴	本疾患の家族歴：[　なし　・　あり　・　不明　] 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：（　　）
	常用薬：（　　）
	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　（　　）

告示番号 67　内分泌疾患　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉

病名	14　中枢性塩喪失症候群			受付種別	□ 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) 年　月　日	体重(測定日)	kg (　SD) 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(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

症状	全身	体重減少：[なし ・ あり]　低血圧：[なし ・ あり]　脱水：[なし ・ あり]　皮膚ツルゴール低下：[なし ・ あり] 他に低ナトリウム血症を来す明らかな原因がない：[非該当 ・ 該当]
	その他	症状(その他)：(　　)

臨床所見(申請時)　※直近の状況を記載

症状	全身	体重減少：[なし ・ あり]　低血圧：[なし ・ あり]　脱水：[なし ・ あり]　皮膚ツルゴール低下：[なし ・ あり] 他に低ナトリウム血症を来す明らかな原因がない：[非該当 ・ 該当]
	その他	症状(その他)：(　　)

検査所見(診断時)　※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載

尿検査	尿浸透圧：(　　)mOsm/kg・H_2O　尿中ナトリウム：(　　)mEq/L　尿中クレアチニン：(　　)mg/dL Na摂取と排泄のバランス：[マイナス ・ プラス ・ 不明]
血液検査	ヘマトクリット(Ht)：(　　)%　血清Na：(　　)mEq/L　血清K：(　　)mEq/L　血清Cl：(　　)mEq/L 血清Ca：(　　)mg/dL　BUN：(　　)mg/dL　血清クレアチニン：(　　)mg/dL 血清尿酸：(　　)mg/dL　血漿抗利尿ホルモン：(　　)pg/mL　血清浸透圧：(　　)mOsm/kg・H_2O BNP：(　　)pg/mL・未実施
画像検査	CTまたはMRI検査(頭部)：[未実施 ・ 実施]　実施日：(　年　月　日) 所見：(　　)

検査所見(申請時)　※直近の状況を記載

尿検査	尿浸透圧：(　　)mOsm/kg・H_2O　尿中ナトリウム：(　　)mEq/L　尿中クレアチニン：(　　)mg/dL Na摂取と排泄のバランス：[マイナス ・ プラス ・ 不明]
血液検査	ヘマトクリット(Ht)：(　　)%　血清Na：(　　)mEq/L　血清K：(　　)mEq/L　血清Cl：(　　)mEq/L 血清Ca：(　　)mg/dL　BUN：(　　)mg/dL　血清クレアチニン：(　　)mg/dL 血清尿酸：(　　)mg/dL　血漿抗利尿ホルモン：(　　)pg/mL　血清浸透圧：(　　)mOsm/kg・H_2O BNP：(　　)pg/mL・未実施
画像検査	CTまたはMRI検査(頭部)：[未実施 ・ 実施]　実施日：(　年　月　日) 所見：(　　)

その他の所見(申請時)　※直近の状況を記載

合併症	合併症：[なし ・ あり] 詳細：(　　)

経過(申請時)　※直近の状況を記載

薬物療法	補充療法：[なし ・ あり] 詳細：(　　)
	機能抑制療法：[なし ・ あり] 詳細：(　　)
	薬物療法(その他)：(　　)

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

告示番号	67	内分泌疾患　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉	2/2

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　（　　）

病名	15 バセドウ（Basedow）病			受付種別	□ 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） 年　月　日	体重（測定日）	kg（　SD） 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（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

症状	全身	体重減少：[なし ・ あり]　発汗増加：[なし ・ あり]　手指振戦：[なし ・ あり]
	内分泌・代謝	びまん性甲状腺腫大：[なし ・ あり]
	呼吸器・循環器	頻脈：[なし ・ あり]
	眼	眼球突出や特有の眼症状：[なし ・ あり]
	その他	症状（その他）：（　　）

臨床所見（申請時）　※直近の状況を記載

症状	全身	体重減少：[なし ・ あり]　発汗増加：[なし ・ あり]　手指振戦：[なし ・ あり]
	内分泌・代謝	びまん性甲状腺腫大：[なし ・ あり]
	呼吸器・循環器	頻脈：[なし ・ あり]
	眼	眼球突出や特有の眼症状：[なし ・ あり]
	その他	症状（その他）：（　　）

検査所見（診断時）　※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載

負荷試験	TRH分泌刺激試験：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　年　月　日 ） TSH基礎値：（　　）μIU/mL　TSH頂値：（　　）μIU/mL　TSH頂値：出現時間：（　　）分
血液検査	TSH：（　　）μIU/mL　free T_3：（　　）pg/mL　free T_4：（　　）ng/dL　サイログロブリン（Tg）：（　　）ng/mL 抗甲状腺ペルオキシダーゼ抗体（TPOAb）：（　　）U/mL　抗サイログロブリン抗体（TgAb）：（　　）U/mL 抗TSH受容体抗体（TRAb）：（　　）IU/L　抗TSH受容体刺激性抗体（TSAb）：（　　）%
画像検査	超音波検査（甲状腺）：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　年　月　日 ） 所見：（　　）
	シンチグラフィ（甲状腺）：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　年　月　日 ） 所見：（　　）

検査所見（申請時）　※直近の状況を記載

負荷試験	TRH分泌刺激試験：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　年　月　日 ） TSH基礎値：（　　）μIU/mL　TSH頂値：（　　）μIU/mL　TSH頂値：出現時間：（　　）分
血液検査	TSH：（　　）μIU/mL　free T_3：（　　）pg/mL　free T_4：（　　）ng/dL　サイログロブリン（Tg）：（　　）ng/mL 抗甲状腺ペルオキシダーゼ抗体（TPOAb）：（　　）U/mL　抗サイログロブリン抗体（TgAb）：（　　）U/mL 抗TSH受容体抗体（TRAb）：（　　）IU/L　抗TSH受容体刺激性抗体（TSAb）：（　　）%
画像検査	超音波検査（甲状腺）：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　年　月　日 ） 所見：（　　）
	シンチグラフィ（甲状腺）：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　年　月　日 ） 所見：（　　）

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

告示番号 24　**内分泌疾患　（　　）　年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉**　

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：(　　)
アイソトープ治療	放射性ヨード内用療法：[　未実施　・　予定　・　実施　]　実施日：(　　年　　月　　日　)　投与量：(　　)
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　(　　)

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〉

病名	16　甲状腺機能亢進症（バセドウ（Basedow）病を除く。）			受付種別	□　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) 年　月　日	体重(測定日)	kg (　SD) 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(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

症状	全身	体重減少：[　なし　・　あり　]　発汗増加：[　なし　・　あり　]　手指振戦：[　なし　・　あり　]
	内分泌・代謝	びまん性甲状腺腫大：[　なし　・　あり　]
	呼吸器・循環器	頻脈：[　なし　・　あり　]
	眼	眼球突出や特有の眼症状：[　なし　・　あり　]
	その他	症状(その他)：(　　)

臨床所見(申請時)　※直近の状況を記載

症状	全身	体重減少：[　なし　・　あり　]　発汗増加：[　なし　・　あり　]　手指振戦：[　なし　・　あり　]
	内分泌・代謝	びまん性甲状腺腫大：[　なし　・　あり　]
	呼吸器・循環器	頻脈：[　なし　・　あり　]
	眼	眼球突出や特有の眼症状：[　なし　・　あり　]
	その他	症状(その他)：(　　)

検査所見(診断時)　※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載

負荷試験	TRH分泌刺激試験：[　未実施　・　実施　]　実施日：(　年　月　日　) TSH基礎値：(　　)μIU/mL　TSH頂値：(　　)μIU/mL　TSH頂値：出現時間：(　　)分
血液検査	TSH：(　　)μIU/mL　free T_3：(　　)pg/mL　free T_4：(　　)ng/dL　サイログロブリン(Tg)：(　　)ng/mL 抗甲状腺ペルオキシダーゼ抗体(TPOAb)：(　　)U/mL　抗サイログロブリン抗体(TgAb)：(　　)U/mL 抗TSH受容体抗体(TRAb)：(　　)IU/L　抗TSH受容体刺激性抗体(TSAb)：(　　)%
病理検査	穿刺吸引細胞診：[　未実施　・　実施　]　実施日：(　年　月　日　) 所見：(　　)
画像検査	超音波検査(甲状腺)：[　未実施　・　実施　]　実施日：(　年　月　日　) 所見：(　　)
	シンチグラフィ(甲状腺)：[　未実施　・　実施　]　実施日：(　年　月　日　) 所見：(　　)
遺伝学的検査	遺伝子検査：[　未実施　・　実施　]　実施日：(　年　月　日　) 所見：(　　)
検査所見(その他)	検査所見(その他)：(　　)

検査所見(申請時)　※直近の状況を記載

負荷試験	TRH分泌刺激試験：[　未実施　・　実施　]　実施日：(　年　月　日　) TSH基礎値：(　　)μIU/mL　TSH頂値：(　　)μIU/mL　TSH頂値：出現時間：(　　)分
血液検査	TSH：(　　)μIU/mL　free T_3：(　　)pg/mL　free T_4：(　　)ng/dL　サイログロブリン(Tg)：(　　)ng/mL 抗甲状腺ペルオキシダーゼ抗体(TPOAb)：(　　)U/mL　抗サイログロブリン抗体(TgAb)：(　　)U/mL 抗TSH受容体抗体(TRAb)：(　　)IU/L　抗TSH受容体刺激性抗体(TSAb)：(　　)%

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

告示番号 23　**内分泌疾患　（　　）　年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉**　**2/2**

病理検査	穿刺吸引細胞診：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　　年　　月　　日　） 所見：（　　）
画像検査	超音波検査（甲状腺）：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　　年　　月　　日　） 所見：（　　）
	シンチグラフィ（甲状腺）：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　　年　　月　　日　） 所見：（　　）
遺伝学的検査	遺伝子検査：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　　年　　月　　日　） 所見：（　　）
検査所見（その他）	検査所見（その他）：（　　）
その他の所見（申請時）　※直近の状況を記載	
合併症	合併症：[　なし　・　あり　] 詳細：（　　）
経過（申請時）　※直近の状況を記載	
薬物療法	補充療法：[　なし　・　あり　] 詳細：（　　）
	機能抑制療法：[　なし　・　あり　] 詳細：（　　）
	薬物療法（その他）：（　　）
手術	手術：[　未実施　・　実施予定　・　実施済　]　実施日：（　　年　　月　　日　） 術式：（　　）
アイソトープ治療	放射性ヨード内用療法：[　未実施　・　予定　・　実施　]　実施日：（　　年　　月　　日　）　投与量：（　　）
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　（　　）

病名	17 異所性甲状腺			受付種別	□ 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) 年　月　日	体重(測定日)	kg (　SD) 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(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

診断		新生児マス・スクリーニングで発見：[なし ・ あり]
症状	全身	低身長(−2.0SD以下)：[なし ・ あり]　哺乳力低下：[なし ・ あり]　体重増加不良：[なし ・ あり]　不活発：[なし ・ あり]
	内分泌・代謝	症候性肥満：[なし ・ あり]　異所性甲状腺腫大：[なし ・ あり]　甲状腺欠損：[なし ・ あり] 粘液水腫：[なし ・ あり]
	呼吸器・循環器	徐脈：[なし ・ あり]
	消化器	便秘：[なし ・ あり]　黄疸：[なし ・ あり]
	筋・骨格	筋仮性肥大：[なし ・ あり]
	皮膚・粘膜	皮膚乾燥：[なし ・ あり]　脱毛：[なし ・ あり]　末梢冷感：[なし ・ あり]
	耳鼻咽喉	嗄声：[なし ・ あり]
	その他	小泉門開大：[なし ・ あり]　巨舌：[なし ・ あり]　臍ヘルニア：[なし ・ あり] 症状(その他)：(　　)

臨床所見(申請時)　※直近の状況を記載

症状	全身	低身長(−2.0SD以下)：[なし ・ あり]　哺乳力低下：[なし ・ あり]　体重増加不良：[なし ・ あり]　不活発：[なし ・ あり]
	内分泌・代謝	症候性肥満：[なし ・ あり]　異所性甲状腺腫大：[なし ・ あり]　甲状腺欠損：[なし ・ あり] 粘液水腫：[なし ・ あり]
	呼吸器・循環器	徐脈：[なし ・ あり]
	消化器	便秘：[なし ・ あり]　黄疸：[なし ・ あり]
	筋・骨格	筋仮性肥大：[なし ・ あり]
	皮膚・粘膜	皮膚乾燥：[なし ・ あり]　脱毛：[なし ・ あり]　末梢冷感：[なし ・ あり]
	耳鼻咽喉	嗄声：[なし ・ あり]
	その他	小泉門開大：[なし ・ あり]　巨舌：[なし ・ あり]　臍ヘルニア：[なし ・ あり] 症状(その他)：(　　)

検査所見(診断時)　※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載

負荷試験	TRH分泌刺激試験：[未実施 ・ 実施]　実施日：(　年　月　日) TSH基礎値：(　　)μIU/mL　TSH頂値：(　　)μIU/mL　TSH頂値：出現時間：(　　) 分
血液検査	TSH：(　　)μIU/mL　free T_3：(　　)pg/mL　free T_4：(　　)ng/dL　サイログロブリン(Tg)：(　　)ng/mL 抗甲状腺ペルオキシダーゼ抗体(TPOAb)：(　　)U/mL　抗サイログロブリン抗体(TgAb)：(　　)U/mL
骨年齢	大腿骨遠位端骨核：[未実施 ・ 実施]　実施日：(　年　月　日)　所見(横径)：(　　)mm

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

画像検査	超音波検査（甲状腺）：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　年　月　日　） 所見：（　）
	シンチグラフィ（甲状腺）：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　年　月　日　） 所見：（　）
遺伝学的検査	遺伝子検査：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　年　月　日　） 所見：（　）
検査所見（申請時）　※直近の状況を記載	
負荷試験	TRH分泌刺激試験：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　年　月　日　） TSH基礎値：（　）μIU/mL　TSH頂値：（　）μIU/mL　TSH頂値：出現時間：（　）分
血液検査	TSH：（　）μIU/mL　free T_3：（　）pg/mL　free T_4：（　）ng/dL　サイログロブリン（Tg）：（　）ng/mL 抗甲状腺ペルオキシダーゼ抗体（TPOAb）：（　）U/mL　抗サイログロブリン抗体（TgAb）：（　）U/mL
骨年齢	大腿骨遠位端骨核：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　年　月　日　）　所見（横径）：（　）mm
画像検査	超音波検査（甲状腺）：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　年　月　日　） 所見：（　）
	シンチグラフィ（甲状腺）：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　年　月　日　） 所見：（　）
遺伝学的検査	遺伝子検査：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　年　月　日　） 所見：（　）
その他の所見（申請時）　※直近の状況を記載	
合併症	合併症：[　なし　・　あり　] 詳細：（　）
経過（申請時）　※直近の状況を記載	
薬物療法	補充療法：[　なし　・　あり　] 詳細：（　）
	機能抑制療法：[　なし　・　あり　] 詳細：（　）
	薬物療法（その他）：（　）
手術	手術：[　未実施　・　実施予定　・　実施済　]　実施日：（　年　月　日　） 術式：（　）
治療	治療（その他）：（　）
今後の治療方針	今後の治療方針：（　）
	治療見込み期間（入院）　開始日：（　年　月　日　）　終了日：（　年　月　日　） 治療見込み期間（外来）　開始日：（　年　月　日　）　終了日：（　年　月　日　）　通院頻度　（　）回／月

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　（　　）

告示番号	30	内分泌疾患　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉

病名	18　無甲状腺症			受付種別	□　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) 年　月　日	体重(測定日)	kg (　SD) 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(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

診断		新生児マス・スクリーニングで発見：[　なし　・　あり　]
症状	全身	低身長(−2.0SD以下)：[　なし　・　あり　]　哺乳力低下：[　なし　・　あり　]　体重増加不良：[　なし　・　あり　]　不活発：[　なし　・　あり　]
	内分泌・代謝	症候性肥満：[　なし　・　あり　]　甲状腺欠損：[　なし　・　あり　]　粘液水腫：[　なし　・　あり　]
	呼吸器・循環器	徐脈：[　なし　・　あり　]
	消化器	便秘：[　なし　・　あり　]　黄疸：[　なし　・　あり　]
	筋・骨格	筋仮性肥大：[　なし　・　あり　]
	皮膚・粘膜	皮膚乾燥：[　なし　・　あり　]　脱毛：[　なし　・　あり　]　末梢冷感：[　なし　・　あり　]
	耳鼻咽喉	嗄声：[　なし　・　あり　]
	その他	小泉門開大：[　なし　・　あり　]　巨舌：[　なし　・　あり　]　臍ヘルニア：[　なし　・　あり　] 症状(その他)：(　　)

臨床所見(申請時)　※直近の状況を記載

症状	全身	低身長(−2.0SD以下)：[　なし　・　あり　]　哺乳力低下：[　なし　・　あり　]　体重増加不良：[　なし　・　あり　]　不活発：[　なし　・　あり　]
	内分泌・代謝	症候性肥満：[　なし　・　あり　]　甲状腺欠損：[　なし　・　あり　]　粘液水腫：[　なし　・　あり　]
	呼吸器・循環器	徐脈：[　なし　・　あり　]
	消化器	便秘：[　なし　・　あり　]　黄疸：[　なし　・　あり　]
	筋・骨格	筋仮性肥大：[　なし　・　あり　]
	皮膚・粘膜	皮膚乾燥：[　なし　・　あり　]　脱毛：[　なし　・　あり　]　末梢冷感：[　なし　・　あり　]
	耳鼻咽喉	嗄声：[　なし　・　あり　]
	その他	小泉門開大：[　なし　・　あり　]　巨舌：[　なし　・　あり　]　臍ヘルニア：[　なし　・　あり　] 症状(その他)：(　　)

検査所見(診断時)　※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載

負荷試験	TRH分泌刺激試験：[　未実施　・　実施　]　実施日：(　年　月　日　) TSH基礎値：(　　)μIU/mL　TSH頂値：(　　)μIU/mL　TSH頂値：出現時間：(　　)分
血液検査	TSH：(　　)μIU/mL　free T_3：(　　)pg/mL　free T_4：(　　)ng/dL　サイログロブリン(Tg)：(　　)ng/mL
骨年齢	大腿骨遠位端骨核：[　未実施　・　実施　]　実施日：(　年　月　日　)　所見(横径)：(　　)mm
画像検査	超音波検査(甲状腺)：[　未実施　・　実施　]　実施日：(　年　月　日　) 所見：(　　)
	シンチグラフィ(甲状腺)：[　未実施　・　実施　]　実施日：(　年　月　日　) 所見：(　　)

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

告示番号 30　**内分泌疾患　（　　）　年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉**　

遺伝学的検査	遺伝子検査：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　年　月　日　） 所見：（　）
検査所見（申請時）　※直近の状況を記載	
負荷試験	TRH分泌刺激試験：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　年　月　日　） TSH基礎値：（　）μIU/mL　TSH頂値：（　）μIU/mL　TSH頂値：出現時間：（　）分
血液検査	TSH：（　）μIU/mL　free T_3：（　）pg/mL　free T_4：（　）ng/dL　サイログロブリン（Tg）：（　）ng/mL
骨年齢	大腿骨遠位端骨核：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　年　月　日　）　所見（横径）：（　）mm
画像検査	超音波検査（甲状腺）：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　年　月　日　） 所見：（　）
	シンチグラフィ（甲状腺）：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　年　月　日　） 所見：（　）
遺伝学的検査	遺伝子検査：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　年　月　日　） 所見：（　）
その他の所見（申請時）　※直近の状況を記載	
合併症	合併症：[　なし　・　あり　] 詳細：（　）
経過（申請時）　※直近の状況を記載	
薬物療法	補充療法：[　なし　・　あり　] 詳細：（　）
	機能抑制療法：[　なし　・　あり　] 詳細：（　）
	薬物療法（その他）：（　）
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　（　　）

病名	19 甲状腺刺激ホルモン（TSH）分泌低下症（先天性に限る。）			受付種別	□ 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） 年　月　日	体重（測定日）	kg（　SD） 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（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

診断		新生児マス・スクリーニングで発見：[なし ・ あり]
症状	全身	低身長（−2.0SD以下）：[なし ・ あり]　哺乳力低下：[なし ・ あり]　体重増加不良：[なし ・ あり]　不活発：[なし ・ あり]
	内分泌・代謝	症候性肥満：[なし ・ あり]　粘液水腫：[なし ・ あり]　甲状腺萎縮：[なし ・ あり]
	呼吸器・循環器	徐脈：[なし ・ あり]
	消化器	便秘：[なし ・ あり]　黄疸：[なし ・ あり]
	筋・骨格	筋仮性肥大：[なし ・ あり]
	皮膚・粘膜	皮膚乾燥：[なし ・ あり]　脱毛：[なし ・ あり]　末梢冷感：[なし ・ あり]
	耳鼻咽喉	嗄声：[なし ・ あり]
	その他	小泉門開大：[なし ・ あり]　巨舌：[なし ・ あり]　臍ヘルニア：[なし ・ あり] 症状（その他）：（　　）

臨床所見（申請時）　※直近の状況を記載

症状	全身	低身長（−2.0SD以下）：[なし ・ あり]　哺乳力低下：[なし ・ あり]　体重増加不良：[なし ・ あり]　不活発：[なし ・ あり]
	内分泌・代謝	症候性肥満：[なし ・ あり]　粘液水腫：[なし ・ あり]　甲状腺萎縮：[なし ・ あり]
	呼吸器・循環器	徐脈：[なし ・ あり]
	消化器	便秘：[なし ・ あり]　黄疸：[なし ・ あり]
	筋・骨格	筋仮性肥大：[なし ・ あり]
	皮膚・粘膜	皮膚乾燥：[なし ・ あり]　脱毛：[なし ・ あり]　末梢冷感：[なし ・ あり]
	耳鼻咽喉	嗄声：[なし ・ あり]
	その他	小泉門開大：[なし ・ あり]　巨舌：[なし ・ あり]　臍ヘルニア：[なし ・ あり] 症状（その他）：（　　）

検査所見（診断時）　※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載

負荷試験	TRH分泌刺激試験：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　年　月　日 ） TSH基礎値：（　　）μIU/mL　TSH頂値：（　　）μIU/mL　TSH頂値：出現時間：（　　）分
血液検査	TSH：（　　）μIU/mL　free T_3：（　　）pg/mL　free T_4：（　　）ng/dL　サイログロブリン（Tg）：（　　）ng/mL
骨年齢	大腿骨遠位端骨核：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　年　月　日 ）　所見（横径）：（　　）mm
画像検査	超音波検査（甲状腺）：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　年　月　日 ） 所見：（　　）
	MRI検査（下垂体）：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　年　月　日 ） 所見：（　　）

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

告示番号 29　**内分泌疾患　（　　）　年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉**　

画像検査	シンチグラフィ（甲状腺）：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　年　月　日　） 所見：（　）
検査所見（申請時）　※直近の状況を記載	
負荷試験	TRH分泌刺激試験：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　年　月　日　） TSH基礎値：（　）μIU/mL　TSH頂値：（　）μIU/mL　TSH頂値：出現時間：（　）分
血液検査	TSH：（　）μIU/mL　free T_3：（　）pg/mL　free T_4：（　）ng/dL　サイログロブリン（Tg）：（　）ng/mL
骨年齢	大腿骨遠位端骨核：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　年　月　日　）　所見（横径）：（　）mm
画像検査	超音波検査（甲状腺）：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　年　月　日　） 所見：（　）
	MRI検査（下垂体）：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　年　月　日　） 所見：（　）
	シンチグラフィ（甲状腺）：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　年　月　日　） 所見：（　）
その他の所見（申請時）　※直近の状況を記載	
合併症	合併症：[　なし　・　あり　] 詳細：（　）
経過（申請時）　※直近の状況を記載	
薬物療法	補充療法：[　なし　・　あり　] 詳細：（　）
	機能抑制療法：[　なし　・　あり　] 詳細：（　）
	薬物療法（その他）：（　）
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　（　　）

告示番号 31　内分泌疾患　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉

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 （具体的な疾病名：　　）		受付種別	□ 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） 年　月　日	体重（測定日）	kg（　SD） 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（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

診断		新生児マス・スクリーニングで発見：[なし ・ あり]
症状	全身	低身長（−2.0SD以下）：[なし ・ あり]　哺乳力低下：[なし ・ あり]　体重増加不良：[なし ・ あり]　不活発：[なし ・ あり]
	内分泌・代謝	症候性肥満：[なし ・ あり]　びまん性甲状腺腫大：[なし ・ あり]　粘液水腫：[なし ・ あり]
	呼吸器・循環器	徐脈：[なし ・ あり]
	消化器	便秘：[なし ・ あり]　黄疸：[なし ・ あり]
	筋・骨格	筋仮性肥大：[なし ・ あり]
	皮膚・粘膜	皮膚乾燥：[なし ・ あり]　脱毛：[なし ・ あり]　末梢冷感：[なし ・ あり]
	耳鼻咽喉	嗄声：[なし ・ あり]
	その他	小泉門開大：[なし ・ あり]　巨舌：[なし ・ あり]　臍ヘルニア：[なし ・ あり] 症状（その他）：（　　）

臨床所見（申請時）　※直近の状況を記載

症状	全身	低身長（−2.0SD以下）：[なし ・ あり]　哺乳力低下：[なし ・ あり]　体重増加不良：[なし ・ あり]　不活発：[なし ・ あり]
	内分泌・代謝	症候性肥満：[なし ・ あり]　びまん性甲状腺腫大：[なし ・ あり]　粘液水腫：[なし ・ あり]
	呼吸器・循環器	徐脈：[なし ・ あり]
	消化器	便秘：[なし ・ あり]　黄疸：[なし ・ あり]
	筋・骨格	筋仮性肥大：[なし ・ あり]
	皮膚・粘膜	皮膚乾燥：[なし ・ あり]　脱毛：[なし ・ あり]　末梢冷感：[なし ・ あり]
	耳鼻咽喉	嗄声：[なし ・ あり]
	その他	小泉門開大：[なし ・ あり]　巨舌：[なし ・ あり]　臍ヘルニア：[なし ・ あり] 症状（その他）：（　　）

検査所見（診断時）　※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載

負荷試験	TRH分泌刺激試験：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　年　月　日） TSH基礎値：（　　）μIU/mL　TSH頂値：（　　）μIU/mL　TSH頂値：出現時間：（　　）分
血液検査	TSH：（　　）μIU/mL　free T_3：（　　）pg/mL　free T_4：（　　）ng/dL　サイログロブリン（Tg）：（　　）ng/mL
尿検査	尿中総ヨウ素：（　　）μg/L・未実施
骨年齢	大腿骨遠位端骨核：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　年　月　日）　所見（横径）：（　　）mm
画像検査	超音波検査（甲状腺）：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　年　月　日） 所見：（　　）
	シンチグラフィ（甲状腺）：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　年　月　日） 所見：（　　）
遺伝学的検査	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　年　月　日） 所見：（　　）

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

告示番号 31　**内分泌疾患　（　　）　年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉**　

検査所見（申請時）　※直近の状況を記載	
負荷試験	TRH分泌刺激試験：[　未実施　・　実施　]　実施日：(　　年　　月　　日　) TSH基礎値：(　　)μIU/mL　TSH頂値：(　　)μIU/mL　TSH頂値：出現時間：(　　)分
血液検査	TSH：(　　)μIU/mL　free T_3：(　　)pg/mL　free T_4：(　　)ng/dL　サイログロブリン（Tg）：(　　)ng/mL
尿検査	尿中総ヨウ素：(　　)μg/L・未実施
骨年齢	大腿骨遠位端骨核：[　未実施　・　実施　]　実施日：(　　年　　月　　日　)　所見（横径）：(　　)mm
画像検査	超音波検査（甲状腺）：[　未実施　・　実施　]　実施日：(　　年　　月　　日　) 所見：(　　)
	シンチグラフィ（甲状腺）：[　未実施　・　実施　]　実施日：(　　年　　月　　日　) 所見：(　　)
遺伝学的検査	遺伝子検査：[　未実施　・　実施　]　実施日：(　　年　　月　　日　) 所見：(　　)

その他の所見（申請時）　※直近の状況を記載	
合併症	合併症：[　なし　・　あり　] 詳細：(　　)

経過（申請時）　※直近の状況を記載	
薬物療法	補充療法：[　なし　・　あり　] 詳細：(　　)
	機能抑制療法：[　なし　・　あり　] 詳細：(　　)
	薬物療法（その他）：(　　)
手術	手術：[　未実施　・　実施予定　・　実施済　]　実施日：(　　年　　月　　日　) 術式：(　　)
治療	治療（その他）：(　　)
今後の治療方針	今後の治療方針：(　　)
	治療見込み期間（入院）　開始日：(　　年　　月　　日　)　終了日：(　　年　　月　　日　) 治療見込み期間（外来）　開始日：(　　年　　月　　日　)　終了日：(　　年　　月　　日　)　通院頻度　(　　)回／月

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　(　　)

告示番号	26	内分泌疾患　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉

病名	21　橋本病			受付種別	□　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) 年　月　日	体重(測定日)	kg (　SD) 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(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

症状	全身	低身長(−2.0SD以下):[　なし　・　あり　]　易疲労性:[　なし　・　あり　]　無気力:[　なし　・　あり　]
	内分泌・代謝	二次性徴の遅れ:[　なし　・　あり　]　月経不順(女子のみ):[　なし　・　あり　]　症候性肥満:[　なし　・　あり　] びまん性甲状腺腫大:[　なし　・　あり　]　粘液水腫:[　なし　・　あり　]
	呼吸器・循環器	徐脈:[　なし　・　あり　]
	消化器	便秘:[　なし　・　あり　]
	筋・骨格	筋仮性肥大:[　なし　・　あり　]
	皮膚・粘膜	脱毛:[　なし　・　あり　]　末梢冷感:[　なし　・　あり　]
	その他	症状(その他):(　　)

臨床所見(申請時)　※直近の状況を記載

症状	全身	低身長(−2.0SD以下):[　なし　・　あり　]　易疲労性:[　なし　・　あり　]　無気力:[　なし　・　あり　]
	内分泌・代謝	二次性徴の遅れ:[　なし　・　あり　]　月経不順(女子のみ):[　なし　・　あり　]　症候性肥満:[　なし　・　あり　] びまん性甲状腺腫大:[　なし　・　あり　]　粘液水腫:[　なし　・　あり　]
	呼吸器・循環器	徐脈:[　なし　・　あり　]
	消化器	便秘:[　なし　・　あり　]
	筋・骨格	筋仮性肥大:[　なし　・　あり　]
	皮膚・粘膜	脱毛:[　なし　・　あり　]　末梢冷感:[　なし　・　あり　]
	その他	症状(その他):(　　)

検査所見(診断時)　※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載

負荷試験	TRH分泌刺激試験:[　未実施　・　実施　]　実施日:(　年　月　日　) TSH基礎値:(　　)μIU/mL　TSH頂値:(　　)μIU/mL　TSH頂値:出現時間:(　　)分
血液検査	TSH:(　　)μIU/mL　free T_3:(　　)pg/mL　free T_4:(　　)ng/dL　サイログロブリン(Tg):(　　)ng/mL 抗甲状腺ペルオキシダーゼ抗体(TPOAb):(　　)U/mL　抗サイログロブリン抗体(TgAb):(　　)U/mL 抗TSH受容体抗体(TRAb):(　　)IU/L
病理検査	穿刺吸引細胞診:[　未実施　・　実施　]　実施日:(　年　月　日　) 所見:(　　)
画像検査	超音波検査(甲状腺):[　未実施　・　実施　]　実施日:(　年　月　日　) 所見:(　　)
	シンチグラフィ(甲状腺):[　未実施　・　実施　]　実施日:(　年　月　日　) 所見:(　　)

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

告示番号 26　**内分泌疾患　（　　）　年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉**　

検査所見（申請時）　※直近の状況を記載	
負荷試験	TRH分泌刺激試験：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　　年　　月　　日　） TSH基礎値：（　　）μIU/mL　TSH頂値：（　　）μIU/mL　TSH頂値：出現時間：（　　）分
血液検査	TSH：（　　）μIU/mL　free T_3：（　　）pg/mL　free T_4：（　　）ng/dL　サイログロブリン（Tg）：（　　）ng/mL 抗甲状腺ペルオキシダーゼ抗体（TPOAb）：（　　）U/mL　抗サイログロブリン抗体（TgAb）：（　　）U/mL 抗TSH受容体抗体（TRAb）：（　　）IU/L
病理検査	穿刺吸引細胞診：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　　年　　月　　日　） 所見：（　　）
画像検査	超音波検査（甲状腺）：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　　年　　月　　日　） 所見：（　　）
	シンチグラフィ（甲状腺）：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　　年　　月　　日　） 所見：（　　）
その他の所見（申請時）　※直近の状況を記載	
合併症	合併症：[　なし　・　あり　] 詳細：（　　）
経過（申請時）　※直近の状況を記載	
薬物療法	補充療法：[　なし　・　あり　] 詳細：（　　）
	機能抑制療法：[　なし　・　あり　] 詳細：（　　）
	薬物療法（その他）：（　　）
手術	手術：[　未実施　・　実施予定　・　実施済　]　実施日：（　　年　　月　　日　） 術式：（　　）
治療	治療（その他）：（　　）
今後の治療方針	今後の治療方針：（　　）
	治療見込み期間（入院）　開始日：（　　年　　月　　日　）　終了日：（　　年　　月　　日　） 治療見込み期間（外来）　開始日：（　　年　　月　　日　）　終了日：（　　年　　月　　日　）　通院頻度　（　　）回／月

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　（　　）

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〉

病名	22 萎縮性甲状腺炎			受付種別	□ 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) 年　月　日	体重(測定日)	kg (　SD) 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(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

症状	全身	低身長(−2.0SD以下):[なし ・ あり]　易疲労性:[なし ・ あり]　無気力:[なし ・ あり]
	内分泌・代謝	二次性徴の遅れ:[なし ・ あり]　月経不順(女子のみ):[なし ・ あり]　症候性肥満:[なし ・ あり] 粘液水腫:[なし ・ あり]　甲状腺萎縮:[なし ・ あり]
	呼吸器・循環器	徐脈:[なし ・ あり]
	消化器	便秘:[なし ・ あり]
	筋・骨格	筋仮性肥大:[なし ・ あり]
	皮膚・粘膜	脱毛:[なし ・ あり]　末梢冷感:[なし ・ あり]
	その他	症状(その他):(　　)

臨床所見(申請時)　※直近の状況を記載

症状	全身	低身長(−2.0SD以下):[なし ・ あり]　易疲労性:[なし ・ あり]　無気力:[なし ・ あり]
	内分泌・代謝	二次性徴の遅れ:[なし ・ あり]　月経不順(女子のみ):[なし ・ あり]　症候性肥満:[なし ・ あり] 粘液水腫:[なし ・ あり]　甲状腺萎縮:[なし ・ あり]
	呼吸器・循環器	徐脈:[なし ・ あり]
	消化器	便秘:[なし ・ あり]
	筋・骨格	筋仮性肥大:[なし ・ あり]
	皮膚・粘膜	脱毛:[なし ・ あり]　末梢冷感:[なし ・ あり]
	その他	症状(その他):(　　)

検査所見(診断時)　※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載

負荷試験	TRH分泌刺激試験:[未実施 ・ 実施]　実施日:(　年　月　日) TSH基礎値:(　　)μIU/mL　TSH頂値:(　　)μIU/mL　TSH頂値:出現時間:(　　)分
血液検査	TSH:(　　)μIU/mL　free T_3:(　　)pg/mL　free T_4:(　　)ng/dL　サイログロブリン(Tg):(　　)ng/mL 抗甲状腺ペルオキシダーゼ抗体(TPOAb):(　　)U/mL　抗サイログロブリン抗体(TgAb):(　　)U/mL 抗TSH受容体抗体(TRAb):(　　)IU/L
病理検査	穿刺吸引細胞診:[未実施 ・ 実施]　実施日:(　年　月　日) 所見:(　　)
画像検査	超音波検査(甲状腺):[未実施 ・ 実施]　実施日:(　年　月　日) 所見:(　　)
	シンチグラフィ(甲状腺):[未実施 ・ 実施]　実施日:(　年　月　日) 所見:(　　)

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

告示番号 25　**内分泌疾患　（　　）　年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉**　

検査所見（申請時）　※直近の状況を記載	
負荷試験	TRH分泌刺激試験：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　年　月　日　） TSH基礎値：（　）μIU/mL　TSH頂値：（　）μIU/mL　TSH頂値：出現時間：（　）分
血液検査	TSH：（　）μIU/mL　free T_3：（　）pg/mL　free T_4：（　）ng/dL　サイログロブリン（Tg）：（　）ng/mL 抗甲状腺ペルオキシダーゼ抗体（TPOAb）：（　）U/mL　抗サイログロブリン抗体（TgAb）：（　）U/mL 抗TSH受容体抗体（TRAb）：（　）IU/L
病理検査	穿刺吸引細胞診：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　年　月　日　） 所見：（　）
画像検査	超音波検査（甲状腺）：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　年　月　日　） 所見：（　）
	シンチグラフィ（甲状腺）：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　年　月　日　） 所見：（　）

その他の所見（申請時）　※直近の状況を記載	
合併症	合併症：[　なし　・　あり　] 詳細：（　）

経過（申請時）　※直近の状況を記載	
薬物療法	補充療法：[　なし　・　あり　] 詳細：（　）
	機能抑制療法：[　なし　・　あり　] 詳細：（　）
	薬物療法（その他）：（　）
手術	手術：[　未実施　・　実施予定　・　実施済　]　実施日：（　年　月　日　） 術式：（　）
治療	治療（その他）：（　）
今後の治療方針	今後の治療方針：（　）
	治療見込み期間（入院）　開始日：（　年　月　日　）　終了日：（　年　月　日　） 治療見込み期間（外来）　開始日：（　年　月　日　）　終了日：（　年　月　日　）　通院頻度　（　）回／月

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　（　　）

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〉

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 （具体的な疾病名：　　）		受付種別	□ 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) 年　月　日	体重(測定日)	kg (　SD) 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(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

症状	全身	低身長(−2.0SD以下):[なし ・ あり]　易疲労性:[なし ・ あり]　無気力:[なし ・ あり]
	内分泌・代謝	二次性徴の遅れ:[なし ・ あり]　月経不順(女子のみ):[なし ・ あり]　症候性肥満:[なし ・ あり] びまん性甲状腺腫大:[なし ・ あり]　粘液水腫:[なし ・ あり]　甲状腺萎縮:[なし ・ あり]
	呼吸器・循環器	徐脈:[なし ・ あり]
	消化器	便秘:[なし ・ あり]
	筋・骨格	筋仮性肥大:[なし ・ あり]
	皮膚・粘膜	脱毛:[なし ・ あり]　末梢冷感:[なし ・ あり]
	その他	症状(その他):(　　)

臨床所見(申請時)　※直近の状況を記載

症状	全身	低身長(−2.0SD以下):[なし ・ あり]　易疲労性:[なし ・ あり]　無気力:[なし ・ あり]
	内分泌・代謝	二次性徴の遅れ:[なし ・ あり]　月経不順(女子のみ):[なし ・ あり]　症候性肥満:[なし ・ あり] びまん性甲状腺腫大:[なし ・ あり]　粘液水腫:[なし ・ あり]　甲状腺萎縮:[なし ・ あり]
	呼吸器・循環器	徐脈:[なし ・ あり]
	消化器	便秘:[なし ・ あり]
	筋・骨格	筋仮性肥大:[なし ・ あり]
	皮膚・粘膜	脱毛:[なし ・ あり]　末梢冷感:[なし ・ あり]
	その他	症状(その他):(　　)

検査所見(診断時)　※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載

負荷試験	TRH分泌刺激試験:[未実施 ・ 実施]　実施日:(　年　月　日) TSH基礎値:(　　)μIU/mL　TSH頂値:(　　)μIU/mL　TSH頂値:出現時間:(　　) 分
血液検査	TSH:(　　)μIU/mL　free T_3:(　　)pg/mL　free T_4:(　　)ng/dL　サイログロブリン(Tg):(　　)ng/mL 抗甲状腺ペルオキシダーゼ抗体(TPOAb):(　　)U/mL　抗サイログロブリン抗体(TgAb):(　　)U/mL 抗TSH受容体抗体(TRAb):(　　)IU/L
病理検査	穿刺吸引細胞診:[未実施 ・ 実施]　実施日:(　年　月　日) 所見:(　　)
画像検査	超音波検査(甲状腺):[未実施 ・ 実施]　実施日:(　年　月　日) 所見:(　　)
	シンチグラフィ(甲状腺):[未実施 ・ 実施]　実施日:(　年　月　日) 所見:(　　)
遺伝学的検査	遺伝子検査:[未実施 ・ 実施]　実施日:(　年　月　日) 所見:(　　)

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

告示番号 27　**内分泌疾患　（　　）　年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉**　

検査所見（申請時）　※直近の状況を記載	
負荷試験	TRH分泌刺激試験：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　　年　　月　　日　） TSH基礎値：（　　）μIU/mL　TSH頂値：（　　）μIU/mL　TSH頂値：出現時間：（　　）分
血液検査	TSH：（　　）μIU/mL　free T_3：（　　）pg/mL　free T_4：（　　）ng/dL　サイログロブリン（Tg）：（　　）ng/mL 抗甲状腺ペルオキシダーゼ抗体（TPOAb）：（　　）U/mL　抗サイログロブリン抗体（TgAb）：（　　）U/mL 抗TSH受容体抗体（TRAb）：（　　）IU/L
病理検査	穿刺吸引細胞診：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　　年　　月　　日　） 所見：（　　）
画像検査	超音波検査（甲状腺）：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　　年　　月　　日　） 所見：（　　）
	シンチグラフィ（甲状腺）：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　　年　　月　　日　） 所見：（　　）
遺伝学的検査	遺伝子検査：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　　年　　月　　日　） 所見：（　　）

その他の所見（申請時）　※直近の状況を記載	
本症の原因	放射線治療：[　なし　・　あり　]　薬剤：[　なし　・　あり　] その他：（　　）
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　（　　）

告示番号	32	内分泌疾患　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉

病名	24　甲状腺ホルモン不応症			受付種別	□　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) 年　月　日	体重(測定日)	kg (　SD) 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(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

診断		新生児マス・スクリーニングで発見：[　なし　・　あり　]
症状	全身	低身長(−2.0SD以下)：[　なし　・　あり　]
	内分泌・代謝	びまん性甲状腺腫大：[　なし　・　あり　]　骨年齢遅延：[　なし　・　あり　]
	呼吸器・循環器	頻脈：[　なし　・　あり　]
	精神・神経	発達障害：[　なし　・　あり　・　不明　]　自閉症スペクトラム症：[　なし　・　あり　・　不明　]　注意欠如多動症：[　なし　・　あり　・　不明　] 限局性学習症：[　なし　・　あり　・　不明　] 発達障害(その他)：(　　)
	耳鼻咽喉	聴力障害：[　なし　・　あり　]
	その他	症状(その他)：(　　)

臨床所見(申請時)　※直近の状況を記載

症状	全身	低身長(−2.0SD以下)：[　なし　・　あり　]
	内分泌・代謝	びまん性甲状腺腫大：[　なし　・　あり　]　骨年齢遅延：[　なし　・　あり　]
	呼吸器・循環器	頻脈：[　なし　・　あり　]
	精神・神経	発達障害：[　なし　・　あり　・　不明　]　自閉症スペクトラム症：[　なし　・　あり　・　不明　]　注意欠如多動症：[　なし　・　あり　・　不明　] 限局性学習症：[　なし　・　あり　・　不明　] 発達障害(その他)：(　　)
	耳鼻咽喉	聴力障害：[　なし　・　あり　]
	その他	症状(その他)：(　　)

検査所見(診断時)　※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載

負荷試験	TRH分泌刺激試験：[　未実施　・　実施　]　実施日：(　年　月　日　) TSH基礎値：(　　)μIU/mL　TSH頂値：(　　)μIU/mL　TSH頂値：出現時間：(　　)分
	T_3抑制試験：[　未実施　・　実施　]　実施日：(　年　月　日　) 結果：[　不十分　・　あり　]
血液検査	TSH：(　　)μIU/mL　free T_3：(　　)pg/mL　free T_4：(　　)ng/dL　サイログロブリン(Tg)：(　　)ng/mL 抗甲状腺ペルオキシダーゼ抗体(TPOAb)：(　　)U/mL　抗サイログロブリン抗体(TgAb)：(　　)U/mL 抗TSH受容体抗体(TRAb)：(　　)IU/L　血中αサブユニット：(　　)ng/mL
病理検査	穿刺吸引細胞診：[　未実施　・　実施　]　実施日：(　年　月　日　) 所見：(　　)
画像検査	超音波検査(甲状腺)：[　未実施　・　実施　]　実施日：(　年　月　日　) 所見：(　　)
	MRI検査(下垂体)：[　未実施　・　実施　]　実施日：(　年　月　日　) 所見：(　　)

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

画像検査	シンチグラフィ（甲状腺）：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　年　月　日　） 所見：（　）
遺伝学的検査	遺伝子検査：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　年　月　日　） 甲状腺ホルモン受容体β遺伝子異常：[　なし　・　あり　] 遺伝子異常（その他）：（　）
検査所見（申請時）　※直近の状況を記載	
負荷試験	TRH分泌刺激試験：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　年　月　日　） TSH基礎値：（　）μIU/mL　TSH頂値：（　）μIU/mL　TSH頂値：出現時間：（　）分
	T_3抑制試験：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　年　月　日　） 結果：[　不十分　・　あり　]
血液検査	TSH：（　）μIU/mL　free T_3：（　）pg/mL　free T_4：（　）ng/dL　サイログロブリン（Tg）：（　）ng/mL 抗甲状腺ペルオキシダーゼ抗体（TPOAb）：（　）U/mL　抗サイログロブリン抗体（TgAb）：（　）U/mL 抗TSH受容体抗体（TRAb）：（　）IU/L　血中αサブユニット：（　）ng/mL
病理検査	穿刺吸引細胞診：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　年　月　日　） 所見：（　）
画像検査	超音波検査（甲状腺）：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　年　月　日　） 所見：（　）
	MRI検査（下垂体）：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　年　月　日　） 所見：（　）
	シンチグラフィ（甲状腺）：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　年　月　日　） 所見：（　）
遺伝学的検査	遺伝子検査：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　年　月　日　） 甲状腺ホルモン受容体β遺伝子異常：[　なし　・　あり　] 遺伝子異常（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　（　　）

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〉

病名	25 腺腫様甲状腺腫			受付種別	□ 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) 年　月　日	体重(測定日)	kg (　SD) 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(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		
症状	内分泌・代謝	甲状腺腫：[なし ・ あり]　甲状腺結節：[なし ・ あり]　甲状腺機能亢進症：[なし ・ あり]　甲状腺機能低下症：[なし ・ あり]
	その他	症状(その他)：(　　)
臨床所見(申請時) ※直近の状況を記載		
症状	内分泌・代謝	甲状腺腫：[なし ・ あり]　甲状腺結節：[なし ・ あり]　甲状腺機能亢進症：[なし ・ あり]　甲状腺機能低下症：[なし ・ あり]
	その他	症状(その他)：(　　)
検査所見(診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載		
血液検査		TSH：(　　)μIU/mL　free T_3：(　　)pg/mL　free T_4：(　　)ng/dL　サイログロブリン(Tg)：(　　)ng/mL 抗甲状腺ペルオキシダーゼ抗体(TPOAb)：(　　)U/mL　抗サイログロブリン抗体(TgAb)：(　　)U/mL 抗TSH受容体抗体(TRAb)：(　　)IU/L
病理検査		穿刺吸引細胞診：[未実施 ・ 実施]　実施日：(　年　月　日) 所見：(　　)
画像検査		超音波検査(甲状腺)：[未実施 ・ 実施]　実施日：(　年　月　日) 所見：(　　)
		シンチグラフィ(甲状腺)：[未実施 ・ 実施]　実施日：(　年　月　日) 所見：(　　)
検査所見(申請時) ※直近の状況を記載		
血液検査		TSH：(　　)μIU/mL　free T_3：(　　)pg/mL　free T_4：(　　)ng/dL　サイログロブリン(Tg)：(　　)ng/mL 抗甲状腺ペルオキシダーゼ抗体(TPOAb)：(　　)U/mL　抗サイログロブリン抗体(TgAb)：(　　)U/mL 抗TSH受容体抗体(TRAb)：(　　)IU/L
病理検査		穿刺吸引細胞診：[未実施 ・ 実施]　実施日：(　年　月　日) 所見：(　　)
画像検査		超音波検査(甲状腺)：[未実施 ・ 実施]　実施日：(　年　月　日) 所見：(　　)
		シンチグラフィ(甲状腺)：[未実施 ・ 実施]　実施日：(　年　月　日) 所見：(　　)
その他の所見(申請時) ※直近の状況を記載		
合併症		合併症：[なし ・ あり] 詳細：(　　)
経過(申請時) ※直近の状況を記載		
薬物療法		補充療法：[なし ・ あり] 詳細：(　　)
		機能抑制療法：[なし ・ あり] 詳細：(　　)
		薬物療法(その他)：(　　)

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

告示番号	54	内分泌疾患　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉	2/2

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　（　　）

病名	26 副甲状腺機能亢進症			受付種別	□ 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） 年　月　日	体重（測定日）	kg（　SD） 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（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

身体所見		血圧：収縮期：（　　）mmHg　拡張期：（　　）mmHg　実施日：（　年　月　日）
症状	全身	易疲労性：［ なし ・ あり ］
	腎・泌尿器	肉眼的血尿：［ なし ・ あり ］　排尿痛：［ なし ・ あり ］　多尿：［ なし ・ あり ］
	消化器	腹痛：［ なし ・ あり ］
	その他	症状（その他）：（　　）

臨床所見（申請時）　※直近の状況を記載

身体所見		血圧：収縮期：（　　）mmHg　拡張期：（　　）mmHg　実施日：（　年　月　日）
症状	全身	易疲労性：［ なし ・ あり ］
	腎・泌尿器	肉眼的血尿：［ なし ・ あり ］　排尿痛：［ なし ・ あり ］　多尿：［ なし ・ あり ］
	消化器	腹痛：［ なし ・ あり ］
	その他	症状（その他）：（　　）

検査所見（診断時）　※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載

尿検査	尿中クレアチニン：（　　）mg/dL　尿中カルシウム：（　　）mg/dL
血液検査	血清アルブミン：（　　）g/dL　ALP：（　　）U/L　血清Ca：（　　）mg/dL 血清P：（　　）mg/dL　血清Mg：（　　）mg/dL　BUN：（　　）mg/dL 血清クレアチニン：（　　）mg/dL　intact PTH：（　　）pg/mL　1,25-$(OH)_2$ビタミンD：（　　）pg/mL 25-OHビタミンD：（　　）ng/mL ・ 未実施
骨塩定量検査	骨塩定量検査（DEXA法）：［ 未実施 ・ 実施 ］　実施日：（　年　月　日） 部位：［ 腰椎 ・ その他 ］　骨密度：（　　）g/cm²　同年齢比較：（　　）%
画像検査	超音波検査（腎・尿路）：［ 未実施 ・ 実施 ］　実施日：（　年　月　日） 所見：（　　）
	単純X線検査（骨）：［ 未実施 ・ 実施 ］　実施日：（　年　月　日） 所見：（　　）
	CT検査（腹部）：［ 未実施 ・ 実施 ］　実施日：（　年　月　日） 所見：（　　）
遺伝学的検査	遺伝子検査：［ 未実施 ・ 実施 ］　実施日：（　年　月　日） 所見：（　　）

検査所見（申請時）　※直近の状況を記載

尿検査	尿中クレアチニン：（　　）mg/dL　尿中カルシウム：（　　）mg/dL
血液検査	血清アルブミン：（　　）g/dL　ALP：（　　）U/L　血清Ca：（　　）mg/dL 血清P：（　　）mg/dL　血清Mg：（　　）mg/dL　BUN：（　　）mg/dL 血清クレアチニン：（　　）mg/dL　intact PTH：（　　）pg/mL　1,25-$(OH)_2$ビタミンD：（　　）pg/mL 25-OHビタミンD：（　　）ng/mL ・ 未実施

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

告示番号	78	内分泌疾患　（　　）　年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉	2/2

骨塩定量検査	骨塩定量検査（DEXA法）：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　年　月　日　） 部位：[　腰椎　・　その他　]　骨密度：（　）g/cm²　同年齢比較：（　）%
画像検査	超音波検査（腎・尿路）：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　年　月　日　） 所見：（　）
	単純X線検査（骨）：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　年　月　日　） 所見：（　）
	CT検査（腹部）：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　年　月　日　） 所見：（　）
遺伝学的検査	遺伝子検査：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　年　月　日　） 所見：（　）
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：（　）
家族歴	本疾患の家族歴：[　なし　・　あり　・　不明　] 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　（　　）

告示番号 80　内分泌疾患　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉

病名	27 副甲状腺欠損症			受付種別	□ 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) 年　月　日	体重(測定日)	kg (　SD) 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(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

身体所見		血圧：収縮期：(　　)mmH　拡張期：(　　)mmHg　実施日：(　年　月　日)
症状	呼吸器・循環器	心雑音：[なし ・ あり]
	精神・神経	テタニー：[なし ・ あり]　痙攣：[なし ・ あり] 精神運動発達遅滞：[なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明]
	耳鼻咽喉	難聴：[なし ・ あり]
	眼	視力障害：[なし ・ あり]
	その他	症状(その他)：(　　)

臨床所見(申請時)　※直近の状況を記載

身体所見		血圧：収縮期：(　　)mmH　拡張期：(　　)mmHg　実施日：(　年　月　日)
症状	呼吸器・循環器	心雑音：[なし ・ あり]
	精神・神経	テタニー：[なし ・ あり]　痙攣：[なし ・ あり] 精神運動発達遅滞：[なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明]
	耳鼻咽喉	難聴：[なし ・ あり]
	眼	視力障害：[なし ・ あり]
	その他	症状(その他)：(　　)

検査所見(診断時)　※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載

尿検査	尿中クレアチニン：(　　)mg/dL　尿中カルシウム：(　　)mg/dL
血液検査	血清アルブミン：(　　)g/dL　ALP：(　　)U/L　血清Ca：(　　)mg/dL 血清P：(　　)mg/dL　血清Mg：(　　)mg/dL　BUN：(　　)mg/dL 血清クレアチニン：(　　)mg/dL　intact PTH：(　　)pg/mL　1,25-$(OH)_2$ビタミンD：(　　)pg/mL 25-OHビタミンD：(　　)ng/mL ・ 未実施
画像検査	単純X線検査(骨)：[未実施 ・ 実施]　実施日：(　年　月　日) 所見：(　　)
	CT検査(頭部)：[未実施 ・ 実施]　実施日：(　年　月　日) 所見：(　　)

検査所見(申請時)　※直近の状況を記載

尿検査	尿中クレアチニン：(　　)mg/dL　尿中カルシウム：(　　)mg/dL
血液検査	血清アルブミン：(　　)g/dL　ALP：(　　)U/L　血清Ca：(　　)mg/dL 血清P：(　　)mg/dL　血清Mg：(　　)mg/dL　BUN：(　　)mg/dL 血清クレアチニン：(　　)mg/dL　intact PTH：(　　)pg/mL　1,25-$(OH)_2$ビタミンD：(　　)pg/mL 25-OHビタミンD：(　　)ng/mL ・ 未実施

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

告示番号	80	内分泌疾患　（　　）　年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉	2/2

画像検査	単純X線検査（骨）：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　　年　　月　　日　） 所見：（　　）
	CT検査（頭部）：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　　年　　月　　日　） 所見：（　　）
その他の所見（申請時）　※直近の状況を記載	
合併症	合併症：[　なし　・　あり　] 詳細：（　　）
家族歴	本疾患の家族歴：[　なし　・　あり　・　不明　] 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　（　　）

告示番号 79　内分泌疾患　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉

病名	28 副甲状腺機能低下症（副甲状腺欠損症を除く。）			受付種別	□ 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） 年　月　日	体重（測定日）	kg（　SD） 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（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

身体所見		血圧：収縮期：（　　）mmHg　拡張期：（　　）mmHg　実施日：（　年　月　日）
症状	呼吸器・循環器	心雑音：［ なし ・ あり ］
	精神・神経	テタニー：［ なし ・ あり ］　痙攣：［ なし ・ あり ］　□周囲や手足などのしびれ、知覚障害：［ なし ・ あり ］ 精神運動発達遅滞：［ なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明 ］
	耳鼻咽喉	難聴：［ なし ・ あり ］
	眼	視力障害：［ なし ・ あり ］
	その他	特徴的な顔貌：［ なし ・ あり ］ 症状（その他）：（　　）

臨床所見（申請時） ※直近の状況を記載

身体所見		血圧：収縮期：（　　）mmHg　拡張期：（　　）mmHg　実施日：（　年　月　日）
症状	呼吸器・循環器	心雑音：［ なし ・ あり ］
	精神・神経	テタニー：［ なし ・ あり ］　痙攣：［ なし ・ あり ］　□周囲や手足などのしびれ、知覚障害：［ なし ・ あり ］ 精神運動発達遅滞：［ なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明 ］
	耳鼻咽喉	難聴：［ なし ・ あり ］
	眼	視力障害：［ なし ・ あり ］
	その他	特徴的な顔貌：［ なし ・ あり ］ 症状（その他）：（　　）

検査所見（診断時） ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載

尿検査	尿中クレアチニン：（　　）mg/dL　尿中カルシウム：（　　）mg/dL
血液検査	血清アルブミン：（　　）g/dL　ALP：（　　）U/L　血清Ca：（　　）mg/dL 血清P：（　　）mg/dL　血清Mg：（　　）mg/dL　BUN：（　　）mg/dL 血清クレアチニン：（　　）mg/dL　intact PTH：（　　）pg/mL　1,25-$(OH)_2$ビタミンD：（　　）pg/mL 25-OHビタミンD：（　　）ng/mL ・ 未実施
画像検査	単純X線検査（骨）：［ 未実施 ・ 実施 ］　実施日：（　年　月　日） 所見：（　　）
	CT検査（頭部）：［ 未実施 ・ 実施 ］　実施日：（　年　月　日） 所見：（　　）
遺伝学的検査	遺伝子検査：［ 未実施 ・ 実施 ］　実施日：（　年　月　日） 所見：（　　）

検査所見（申請時） ※直近の状況を記載

尿検査	尿中クレアチニン：（　　）mg/dL　尿中カルシウム：（　　）mg/dL

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

告示番号 79　**内分泌疾患　（　　）　年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉**　

血液検査	血清アルブミン：（　　）g/dL　ALP：（　　）U/L　血清Ca：（　　）mg/dL 血清P：（　　）mg/dL　血清Mg：（　　）mg/dL　BUN：（　　）mg/dL 血清クレアチニン：（　　）mg/dL　intact PTH：（　　）pg/mL　1,25-$(OH)_2$ビタミンD：（　　）pg/mL 25-OHビタミンD：（　　）ng/mL　・　未実施
画像検査	単純X線検査（骨）：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　　年　　月　　日　） 所見：（　　）
	CT検査（頭部）：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　　年　　月　　日　） 所見：（　　）
遺伝学的検査	遺伝子検査：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　　年　　月　　日　） 所見：（　　）
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：（　　）
家族歴	本疾患の家族歴：[　なし　・　あり　・　不明　] 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　（　　）

告示番号 35　内分泌疾患　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉

病名	29 自己免疫性多内分泌腺症候群 1型			受付種別	□ 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） 年　月　日	体重（測定日）	kg（　SD） 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（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

症状	全身	易疲労性：[なし ・ あり]
	皮膚・粘膜	粘膜皮膚カンジダ症：[なし ・ あり]
	精神・神経	テタニー：[なし ・ あり]　痙攣：[なし ・ あり]
	その他	症状（その他）：（　　）

臨床所見（申請時）　※直近の状況を記載

症状	全身	易疲労性：[なし ・ あり]
	皮膚・粘膜	粘膜皮膚カンジダ症：[なし ・ あり]
	精神・神経	テタニー：[なし ・ あり]　痙攣：[なし ・ あり]
	その他	症状（その他）：（　　）

検査所見（診断時）　※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載

尿検査	尿中遊離コルチゾール：（　　）μg/day ・ 未実施 尿検査（その他）：（　　）
血液検査	血清Ca：（　　）mg/dL　血清P：（　　）mg/dL　BUN：（　　）mg/dL　血清クレアチニン：（　　）mg/dL intact PTH：（　　）pg/mL コルチゾール：（　　）μg/dL　ACTH：（　　）pg/mL　DHEA-S：（　　）ng/mL ・ μg/dL 血漿レニン活性（PRA）：（　　）ng/mL/hr ・ 未実施　血漿レニン定量（活性型）：（　　）pg/mL ・ 未実施 血漿アルドステロン：（　　）pg/mL ・ 未実施
	抗1型インターフェロン抗体：（　　） 抗NALP5抗体：（　　） 抗17α水酸化酵素抗体：（　　） 抗21水酸化酵素抗体：（　　） 抗側鎖分解酵素抗体：（　　） 抗副腎皮質抗体：（　　）倍 ・ 未実施
遺伝学的検査	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　年　月　日 ） 所見：（　　）
検査所見（その他）	検査所見（その他）：（　　）

検査所見（申請時）　※直近の状況を記載

尿検査	尿中遊離コルチゾール：（　　）μg/day・未実施 尿検査（その他）：（　　）
血液検査	血清Ca：（　　）mg/dL　血清P：（　　）mg/dL　BUN：（　　）mg/dL　血清クレアチニン：（　　）mg/dL intact PTH：（　　）pg/mL コルチゾール：（　　）μg/dL　ACTH：（　　）pg/mL　DHEA-S：（　　）ng/mL ・ μg/dL 血漿レニン活性（PRA）：（　　）ng/mL/hr ・ 未実施　血漿レニン定量（活性型）：（　　）pg/mL ・ 未実施 血漿アルドステロン：（　　）pg/mL ・ 未実施

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

告示番号	35	内分泌疾患　（　　）　年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉	2/2

血液検査	抗1型インターフェロン抗体：（　　） 抗NALP5抗体：（　　） 抗17α水酸化酵素抗体：（　　） 抗21水酸化酵素抗体：（　　） 抗側鎖分解酵素抗体：（　　） 抗副腎皮質抗体：（　　）倍　・　未実施
遺伝学的検査	遺伝子検査：[　未実施　・　実施　]　　実施日：（　　年　　月　　日　） 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　（　　）

病名	30 自己免疫性多内分泌腺症候群 2型			受付種別	□ 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) 年　月　日	体重(測定日)	kg (　SD) 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(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

症状	全身	易疲労性：[なし ・ あり]　多飲：[なし ・ あり]　浮腫：[なし ・ あり]
	内分泌・代謝	甲状腺腫：[なし ・ あり]
	腎・泌尿器	多尿：[なし ・ あり]
	精神・神経	集中力低下：[なし ・ あり]
	その他	症状(その他)：(　　)

臨床所見(申請時)　※直近の状況を記載

症状	全身	易疲労性：[なし ・ あり]　多飲：[なし ・ あり]　浮腫：[なし ・ あり]
	内分泌・代謝	甲状腺腫：[なし ・ あり]
	腎・泌尿器	多尿：[なし ・ あり]
	精神・神経	集中力低下：[なし ・ あり]
	その他	症状(その他)：(　　)

検査所見(診断時)　※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載

尿検査	尿中遊離コルチゾール：(　　)μg/day ・ 未実施 尿検査(その他)：(　　)
血液検査	TSH：(　　)μIU/mL　free T_3：(　　)pg/mL　free T_4：(　　)ng/dL 抗甲状腺ペルオキシダーゼ抗体(TPOAb)：(　　)U/mL　抗サイログロブリン抗体(TgAb)：(　　)U/mL 抗TSH受容体抗体(TRAb)：(　　)IU/L
	血漿レニン活性(PRA)：(　　)ng/mL/hr ・ 未実施　血漿レニン定量(活性型)：(　　)pg/mL ・ 未実施 血漿アルドステロン：(　　)pg/mL・未実施 コルチゾール：(　　)μg/dL　ACTH：(　　)pg/mL　DHEA-S：(　　)ng/mL ・ μg/dL
	HbA_{1c}：(　　)%　血糖値(随時)：(　　)mg/dL　GAD抗体：(　　)U/mL ・ 未実施 インスリン(IRI)：(　　)μU/mL　採血タイミング：[空腹時 ・ 食後]
検査所見(その他)	検査所見(その他)：(　　)

検査所見(申請時)　※直近の状況を記載

尿検査	尿中遊離コルチゾール：(　　)μg/day ・ 未実施 尿検査(その他)：(　　)
血液検査	TSH：(　　)μIU/mL　free T_3：(　　)pg/mL　free T_4：(　　)ng/dL 抗甲状腺ペルオキシダーゼ抗体(TPOAb)：(　　)U/mL　抗サイログロブリン抗体(TgAb)：(　　)U/mL 抗TSH受容体抗体(TRAb)：(　　)IU/L
	血漿レニン活性(PRA)：(　　)ng/mL/hr ・ 未実施　血漿レニン定量(活性型)：(　　)pg/mL ・ 未実施 血漿アルドステロン：(　　)pg/mL・未実施 コルチゾール：(　　)μg/dL　ACTH：(　　)pg/mL　DHEA-S：(　　)ng/mL ・ μg/dL

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

告示番号 36　**内分泌疾患　（　　）　年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉**　

血液検査	HbA_{1c}：（　　）%　血糖値（随時）：（　　）mg/dL　GAD抗体：（　　）U/mL　・　未実施 インスリン（IRI）：（　　）μU/mL　採血タイミング：［　空腹時　・　食後　］
検査所見（その他）	検査所見（その他）：（　　）
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　（　　）

病名	31 偽性偽性副甲状腺機能低下症			受付種別	□ 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) 年　月　日	体重(測定日)	kg (　SD) 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(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

症状	全身	低身長(−2.0SD以下):[なし ・ あり]
	内分泌・代謝	肥満:[なし ・ あり]　異所性石灰化:[なし ・ あり]
	筋・骨格	短指趾症:[なし ・ あり]
	精神・神経	テタニー:[なし ・ あり]　痙攣:[なし ・ あり] 精神運動発達遅滞:[なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明]
	その他	症状(その他):(　　)

臨床所見(申請時)　※直近の状況を記載

症状	全身	低身長(−2.0SD以下):[なし ・ あり]
	内分泌・代謝	肥満:[なし ・ あり]　異所性石灰化:[なし ・ あり]
	筋・骨格	短指趾症:[なし ・ あり]
	精神・神経	テタニー:[なし ・ あり]　痙攣:[なし ・ あり] 精神運動発達遅滞:[なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明]
	その他	症状(その他):(　　)

検査所見(診断時)　※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載

負荷試験	Ellsworth-Howard検査:[未実施 ・ 実施]　実施日:(　年　月　日) P排泄増加:[なし ・ あり]　cAMP増加:[なし ・ あり]
尿検査	尿中クレアチニン:(　　)mg/dL　尿中カルシウム:(　　)mg/dL
血液検査	血清アルブミン:(　　)g/dL　ALP:(　　)U/L　血清Ca:(　　)mg/dL 血清P:(　　)mg/dL　血清Mg:(　　)mg/dL　BUN:(　　)mg/dL 血清クレアチニン:(　　)mg/dL　intact PTH:(　　)pg/mL
画像検査	単純X線検査(骨):[未実施 ・ 実施]　実施日:(　年　月　日) 所見:(　　)
	CT検査(頭部):[未実施 ・ 実施]　実施日:(　年　月　日) 所見:(　　)
遺伝学的検査	遺伝子検査:[未実施 ・ 実施]　実施日:(　年　月　日) 所見:(　　)

検査所見(申請時)　※直近の状況を記載

尿検査	尿中クレアチニン:(　　)mg/dL　尿中カルシウム:(　　)mg/dL
血液検査	血清アルブミン:(　　)g/dL　ALP:(　　)U/L　血清Ca:(　　)mg/dL 血清P:(　　)mg/dL　血清Mg:(　　)mg/dL　BUN:(　　)mg/dL 血清クレアチニン:(　　)mg/dL　intact PTH:(　　)pg/mL

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

告示番号	8	内分泌疾患　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉	2/2

画像検査	単純X線検査（骨）：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　年　月　日　） 所見：（　）
	CT検査（頭部）：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　年　月　日　） 所見：（　）
遺伝学的検査	遺伝子検査：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　年　月　日　） 所見：（　）
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：（　）
家族歴	本疾患の家族歴：[　なし　・　あり　・　不明　] 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）：（　）
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　（　　）

告示番号 9　内分泌疾患　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉

病名	32 偽性副甲状腺機能低下症（偽性偽性副甲状腺機能低下症を除く。）			受付種別	□ 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) 年　月　日	体重(測定日)	kg (　SD) 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(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

症状	全身	低身長(−2.0SD以下):[なし ・ あり]
	内分泌・代謝	肥満:[なし ・ あり]　異所性石灰化:[なし ・ あり]
	筋・骨格	短指趾症:[なし ・ あり]
	精神・神経	テタニー:[なし ・ あり]　痙攣:[なし ・ あり] 精神運動発達遅滞:[なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明]
	その他	症状(その他):(　　)

臨床所見(申請時)　※直近の状況を記載

症状	全身	低身長(−2.0SD以下):[なし ・ あり]
	内分泌・代謝	肥満:[なし ・ あり]　異所性石灰化:[なし ・ あり]
	筋・骨格	短指趾症:[なし ・ あり]
	精神・神経	テタニー:[なし ・ あり]　痙攣:[なし ・ あり] 精神運動発達遅滞:[なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明]
	その他	症状(その他):(　　)

検査所見(診断時)　※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載

負荷試験	Ellsworth-Howard検査:[未実施 ・ 実施]　実施日:(　年　月　日) P排泄増加:[なし ・ あり]　cAMP増加:[なし ・ あり]
尿検査	尿中クレアチニン:(　)mg/dL　尿中カルシウム:(　)mg/dL　尿中リン:(　)mg/dL 尿中マグネシウム:(　)mg/dL
血液検査	血清アルブミン:(　)g/dL　ALP:(　)U/L　血清Ca:(　)mg/dL 血清P:(　)mg/dL　血清Mg:(　)mg/dL　BUN:(　)mg/dL 血清クレアチニン:(　)mg/dL　intact PTH:(　)pg/mL　25-OHビタミンD:(　)ng/mL ・ 未実施 TSH:(　)μIU/mL　free T_4:(　)ng/dL
画像検査	単純X線検査(骨):[未実施 ・ 実施]　実施日:(　年　月　日) 所見:(　　)
	CT検査(頭部):[未実施 ・ 実施]　実施日:(　年　月　日) 所見:(　　)
遺伝学的検査	遺伝子検査:[未実施 ・ 実施]　実施日:(　年　月　日) 所見:(　　)

検査所見(申請時)　※直近の状況を記載

負荷試験	Ellsworth-Howard検査:[未実施 ・ 実施]　実施日:(　年　月　日) P排泄増加:[なし ・ あり]　cAMP増加:[なし ・ あり]
尿検査	尿中クレアチニン:(　)mg/dL　尿中カルシウム:(　)mg/dL　尿中リン:(　)mg/dL 尿中マグネシウム:(　)mg/dL

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

告示番号	9	内分泌疾患　（　　）　年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉	2/2

血液検査	血清アルブミン：（　　）g/dL　ALP：（　　）U/L　血清Ca：（　　）mg/dL 血清P：（　　）mg/dL　血清Mg：（　　）mg/dL　BUN：（　　）mg/dL 血清クレアチニン：（　　）mg/dL　intact PTH：（　　）pg/mL　25-OHビタミンD：（　　）ng/mL　・　未実施 TSH：（　　）μIU/mL　free T_4：（　　）ng/dL
画像検査	単純X線検査（骨）：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　　年　　月　　日　） 所見：（　　）
	CT検査（頭部）：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　　年　　月　　日　） 所見：（　　）
遺伝学的検査	遺伝子検査：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　　年　　月　　日　） 所見：（　　）
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：（　　）
家族歴	本疾患の家族歴：[　なし　・　あり　・　不明　] 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）：（　　）
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　（　　）

病名	33 クッシング（Cushing）病			受付種別	□ 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） 年　月　日	体重（測定日）	kg（　SD） 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（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

症状	全身	低身長（−2.0SD以下）：[なし ・ あり]　高血圧：[なし ・ あり]　浮腫：[なし ・ あり]
	内分泌・代謝	月経異常（女子のみ）：[なし ・ あり]　耐糖能異常：[なし ・ あり]　骨粗鬆症：[なし ・ あり] 中心性肥満または水牛様脂肪沈着：[なし ・ あり]
	筋・骨格	筋力低下：[なし ・ あり]
	皮膚・粘膜	皮膚線条：[なし ・ あり]　痤瘡：[なし ・ あり]　多毛症：[なし ・ あり] 色素沈着：[なし ・ あり]　皮下溢血：[なし ・ あり]　皮膚菲薄化：[なし ・ あり]
	精神・神経	精神異常：[なし ・ あり]
	その他	満月様顔貌：[なし ・ あり] 症状（その他）：（　　）

臨床所見（申請時）　※直近の状況を記載

症状	全身	低身長（−2.0SD以下）：[なし ・ あり]　高血圧：[なし ・ あり]　浮腫：[なし ・ あり]
	内分泌・代謝	月経異常（女子のみ）：[なし ・ あり]　耐糖能異常：[なし ・ あり]　骨粗鬆症：[なし ・ あり] 中心性肥満または水牛様脂肪沈着：[なし ・ あり]
	筋・骨格	筋力低下：[なし ・ あり]
	皮膚・粘膜	皮膚線条：[なし ・ あり]　痤瘡：[なし ・ あり]　多毛症：[なし ・ あり] 色素沈着：[なし ・ あり]　皮下溢血：[なし ・ あり]　皮膚菲薄化：[なし ・ あり]
	精神・神経	精神異常：[なし ・ あり]
	その他	満月様顔貌：[なし ・ あり] 症状（その他）：（　　）

検査所見（診断時）　※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載

負荷試験	CRH負荷試験：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　年　月　日 ） ACTH基礎値：（　　）pg/mL　ACTH頂値：（　　）pg/mL
	デキサメサゾン抑制試験（0.5 mg）：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　年　月　日 ） コルチゾール前値：（　　）μg/dL　コルチゾール負荷後：（　　）μg/dL
	デキサメサゾン抑制試験（8mg）：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　年　月　日 ） コルチゾール前値：（　　）μg/dL　コルチゾール負荷後：（　　）μg/dL
尿検査	尿中遊離コルチゾール：（　　）μg/day ・ 未実施
血液検査	白血球数：（　　）/μL　好酸球：（　　）%　総コレステロール：（　　）mg/dL　血清K：（　　）mEq/L コルチゾール：（　　）μg/dL　ACTH：（　　）pg/mL　HbA_{1c}：（　　）%
画像検査	単純X線検査（頭部）：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　年　月　日 ）　トルコ鞍の拡大：[なし ・ あり]
	CTまたはMRI検査（頭部）：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　年　月　日 ）　下垂体腺腫：[なし ・ あり]
	超音波検査またはCTまたはMRI検査（腹部）：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　年　月　日 ）　副腎腫瘍：[なし ・ あり]

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

告示番号 11　**内分泌疾患　（　　）　年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉**　

検査所見（申請時）　※直近の状況を記載	
負荷試験	CRH負荷試験：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　年　月　日　） ACTH基礎値：（　）pg/mL　ACTH頂値：（　）pg/mL
	デキサメサゾン抑制試験（0.5 mg）：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　年　月　日　） コルチゾール前値：（　）μg/dL　コルチゾール負荷後：（　）μg/dL
	デキサメサゾン抑制試験（8mg）：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　年　月　日　） コルチゾール前値：（　）μg/dL　コルチゾール負荷後：（　）μg/dL
尿検査	尿中遊離コルチゾール：（　）μg/day　・　未実施
血液検査	白血球数：（　）/μL　好酸球：（　）%　総コレステロール：（　）mg/dL　血清K：（　）mEq/L コルチゾール：（　）μg/dL　ACTH：（　）pg/mL　HbA_{1c}：（　）%
画像検査	単純X線検査（頭部）：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　年　月　日　）　トルコ鞍の拡大：[　なし　・　あり　]
	CTまたはMRI検査（頭部）：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　年　月　日　）　下垂体腺腫：[　なし　・　あり　]
	超音波検査またはCTまたはMRI検査（腹部）：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　年　月　日　）　副腎腫瘍：[　なし　・　あり　]

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　（　）

病名	34 異所性副腎皮質刺激ホルモン（ACTH）産生症候群			受付種別	□ 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） 年　月　日	体重（測定日）	kg（　SD） 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（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

症状	全身	低身長（−2.0SD以下）：[なし ・ あり]　高血圧：[なし ・ あり]　浮腫：[なし ・ あり]
	内分泌・代謝	月経異常（女子のみ）：[なし ・ あり]　耐糖能異常：[なし ・ あり]　骨粗鬆症：[なし ・ あり] 中心性肥満または水牛様脂肪沈着：[なし ・ あり]
	筋・骨格	筋力低下：[なし ・ あり]
	皮膚・粘膜	皮膚線条：[なし ・ あり]　痤瘡：[なし ・ あり]　多毛症：[なし ・ あり] 色素沈着：[なし ・ あり]　皮下溢血：[なし ・ あり]　皮膚菲薄化：[なし ・ あり]
	精神・神経	精神異常：[なし ・ あり]
	その他	満月様顔貌：[なし ・ あり] 症状（その他）：（　　）

臨床所見（申請時）　※直近の状況を記載

症状	全身	低身長（−2.0SD以下）：[なし ・ あり]　高血圧：[なし ・ あり]　浮腫：[なし ・ あり]
	内分泌・代謝	月経異常（女子のみ）：[なし ・ あり]　耐糖能異常：[なし ・ あり]　骨粗鬆症：[なし ・ あり] 中心性肥満または水牛様脂肪沈着：[なし ・ あり]
	筋・骨格	筋力低下：[なし ・ あり]
	皮膚・粘膜	皮膚線条：[なし ・ あり]　痤瘡：[なし ・ あり]　多毛症：[なし ・ あり] 色素沈着：[なし ・ あり]　皮下溢血：[なし ・ あり]　皮膚菲薄化：[なし ・ あり]
	精神・神経	精神異常：[なし ・ あり]
	その他	満月様顔貌：[なし ・ あり] 症状（その他）：（　　）

検査所見（診断時）　※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載

負荷試験	CRH負荷試験：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　年　月　日 ） ACTH基礎値：（　　）pg/mL　ACTH頂値：（　　）pg/mL
	デキサメサゾン抑制試験（0.5 mg）：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　年　月　日 ） コルチゾール前値：（　　）μg/dL　コルチゾール負荷後：（　　）μg/dL
	デキサメサゾン抑制試験（8mg）：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　年　月　日 ） コルチゾール前値：（　　）μg/dL　コルチゾール負荷後：（　　）μg/dL
尿検査	尿中遊離コルチゾール：（　　）μg/day・未実施
血液検査	コルチゾール：（　　）μg/dL　ACTH：（　　）pg/mL
画像検査	CTまたはMRI検査（頭部）：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　年　月　日 ）　下垂体腺腫：[なし ・ あり]
	超音波検査またはCTまたはMRI検査（腹部）：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　年　月　日 ）　副腎腫瘍：[なし ・ あり]

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

告示番号 10　**内分泌疾患　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉**　

画像検査	画像検査（その他）：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　年　月　日 ） 部位：（　） 所見：（　）
検査所見（申請時）　※直近の状況を記載	
負荷試験	CRH負荷試験：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　年　月　日 ） ACTH基礎値：（　）pg/mL　ACTH頂値：（　）pg/mL
	デキサメサゾン抑制試験（0.5 mg）：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　年　月　日 ） コルチゾール前値：（　）μg/dL　コルチゾール負荷後：（　）μg/dL
	デキサメサゾン抑制試験（8mg）：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　年　月　日 ） コルチゾール前値：（　）μg/dL　コルチゾール負荷後：（　）μg/dL
尿検査	尿中遊離コルチゾール：（　）μg/day・未実施
血液検査	コルチゾール：（　）μg/dL　ACTH：（　）pg/mL
画像検査	CTまたはMRI検査（頭部）：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　年　月　日 ）　下垂体腺腫：[なし ・ あり]
	超音波検査またはCTまたはMRI検査（腹部）：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　年　月　日 ）　副腎腫瘍：[なし ・ あり]
	画像検査（その他）：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　年　月　日 ） 部位：（　） 所見：（　）
その他の所見（申請時）　※直近の状況を記載	
合併症	合併症：[なし ・ あり] 詳細：（　）
経過（申請時）　※直近の状況を記載	
薬物療法	補充療法：[なし ・ あり] 詳細：（　）
	機能抑制療法：[なし ・ あり] 詳細：（　）
	薬物療法（その他）：（　）
手術	手術：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]　実施日：（　年　月　日 ） 術式：（　）
治療	治療（その他）：（　）
今後の治療方針	今後の治療方針：（　）
	治療見込み期間（入院）　開始日：（　年　月　日 ）　終了日：（　年　月　日 ） 治療見込み期間（外来）　開始日：（　年　月　日 ）　終了日：（　年　月　日 ）　通院頻度　（　）回／月

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　（　）

告示番号 12　内分泌疾患　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉

病名	35 副腎腺腫			受付種別	□ 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) 年　月　日	体重(測定日)	kg (　SD) 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(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

症状	全身	低身長(−2.0SD以下):[なし ・ あり]　高血圧:[なし ・ あり]　浮腫:[なし ・ あり]
	内分泌・代謝	月経異常(女子のみ):[なし ・ あり]　耐糖能異常:[なし ・ あり]　骨粗鬆症:[なし ・ あり] 中心性肥満または水牛様脂肪沈着:[なし ・ あり]
	筋・骨格	筋力低下:[なし ・ あり]
	皮膚・粘膜	皮膚線条:[なし ・ あり]　痤瘡:[なし ・ あり]　多毛症:[なし ・ あり] 色素沈着:[なし ・ あり]　皮下溢血:[なし ・ あり]　皮膚菲薄化:[なし ・ あり]
	精神・神経	精神異常:[なし ・ あり]
	その他	満月様顔貌:[なし ・ あり] 症状(その他):(　　)

臨床所見(申請時)　※直近の状況を記載

症状	全身	低身長(−2.0SD以下):[なし ・ あり]　高血圧:[なし ・ あり]　浮腫:[なし ・ あり]
	内分泌・代謝	月経異常(女子のみ):[なし ・ あり]　耐糖能異常:[なし ・ あり]　骨粗鬆症:[なし ・ あり] 中心性肥満または水牛様脂肪沈着:[なし ・ あり]
	筋・骨格	筋力低下:[なし ・ あり]
	皮膚・粘膜	皮膚線条:[なし ・ あり]　痤瘡:[なし ・ あり]　多毛症:[なし ・ あり] 色素沈着:[なし ・ あり]　皮下溢血:[なし ・ あり]　皮膚菲薄化:[なし ・ あり]
	精神・神経	精神異常:[なし ・ あり]
	その他	満月様顔貌:[なし ・ あり] 症状(その他):(　　)

検査所見(診断時)　※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載

負荷試験	CRH負荷試験:[未実施 ・ 実施]　実施日:(　年　月　日) ACTH基礎値:(　　)pg/mL　ACTH頂値:(　　)pg/mL
	デキサメサゾン抑制試験(0.5 mg):[未実施 ・ 実施]　実施日:(　年　月　日) コルチゾール前値:(　　)μg/dL　コルチゾール負荷後:(　　)μg/dL
	デキサメサゾン抑制試験(8mg):[未実施 ・ 実施]　実施日:(　年　月　日) コルチゾール前値:(　　)μg/dL　コルチゾール負荷後:(　　)μg/dL
尿検査	尿中遊離コルチゾール:(　　)μg/day・未実施
血液検査	コルチゾール:(　　)μg/dL　ACTH:(　　)pg/mL
画像検査	CTまたはMRI検査(頭部):[未実施 ・ 実施]　実施日:(　年　月　日)　下垂体腺腫:[なし ・ あり]
	超音波検査またはCTまたはMRI検査(腹部):[未実施 ・ 実施]　実施日:(　年　月　日)　副腎腫瘍:[なし ・ あり]

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

告示番号 12　**内分泌疾患　（　　）　年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉**　**2/2**

画像検査	シンチグラフィ（副腎）：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　年　月　日　） 所見：（　）
	画像検査（その他）：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　年　月　日　） 部位：（　） 所見：（　）
検査所見（申請時）　※直近の状況を記載	
負荷試験	CRH負荷試験：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　年　月　日　） ACTH基礎値：（　）pg/mL　ACTH頂値：（　）pg/mL
	デキサメサゾン抑制試験（0.5 mg）：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　年　月　日　） コルチゾール前値：（　）μg/dL　コルチゾール負荷後：（　）μg/dL
	デキサメサゾン抑制試験（8mg）：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　年　月　日　） コルチゾール前値：（　）μg/dL　コルチゾール負荷後：（　）μg/dL
尿検査	尿中遊離コルチゾール：（　）μg/day・未実施
血液検査	コルチゾール：（　）μg/dL　ACTH：（　）pg/mL
画像検査	CTまたはMRI検査（頭部）：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　年　月　日　）　下垂体腺腫：[　なし　・　あり　]
	超音波検査またはCTまたはMRI検査（腹部）：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　年　月　日　）　副腎腫瘍：[　なし　・　あり　]
	シンチグラフィ（副腎）：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　年　月　日　） 所見：（　）
	画像検査（その他）：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　年　月　日　） 部位：（　） 所見：（　）
その他の所見（申請時）　※直近の状況を記載	
合併症	合併症：[　なし　・　あり　] 詳細：（　）
経過（申請時）　※直近の状況を記載	
薬物療法	補充療法：[　なし　・　あり　] 詳細：（　）
	機能抑制療法：[　なし　・　あり　] 詳細：（　）
	薬物療法（その他）：（　）
手術	手術：[　未実施　・　実施予定　・　実施済　]　実施日：（　年　月　日　） 術式：（　）
治療	治療（その他）：（　）
今後の治療方針	今後の治療方針：（　）
	治療見込み期間（入院）　開始日：（　年　月　日　）　終了日：（　年　月　日　） 治療見込み期間（外来）　開始日：（　年　月　日　）　終了日：（　年　月　日　）　通院頻度　（　）回／月

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　（　）

病名	36 副腎皮質結節性過形成			受付種別	□ 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) 年　月　日	体重(測定日)	kg (　SD) 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(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

症状	全身	低身長(−2.0SD以下):[なし ・ あり]　高血圧:[なし ・ あり]　浮腫:[なし ・ あり]
	内分泌・代謝	月経異常(女子のみ):[なし ・ あり]　耐糖能異常:[なし ・ あり]　骨粗鬆症:[なし ・ あり] 中心性肥満または水牛様脂肪沈着:[なし ・ あり]
	筋・骨格	筋力低下:[なし ・ あり]
	皮膚・粘膜	皮膚線条:[なし ・ あり]　痤瘡:[なし ・ あり]　多毛症:[なし ・ あり] 色素沈着:[なし ・ あり]　皮下溢血:[なし ・ あり]　皮膚菲薄化:[なし ・ あり]
	精神・神経	精神異常:[なし ・ あり]
	その他	満月様顔貌:[なし ・ あり] 症状(その他):(　　)

臨床所見(申請時)　※直近の状況を記載

症状	全身	低身長(−2.0SD以下):[なし ・ あり]　高血圧:[なし ・ あり]　浮腫:[なし ・ あり]
	内分泌・代謝	月経異常(女子のみ):[なし ・ あり]　耐糖能異常:[なし ・ あり]　骨粗鬆症:[なし ・ あり] 中心性肥満または水牛様脂肪沈着:[なし ・ あり]
	筋・骨格	筋力低下:[なし ・ あり]
	皮膚・粘膜	皮膚線条:[なし ・ あり]　痤瘡:[なし ・ あり]　多毛症:[なし ・ あり] 色素沈着:[なし ・ あり]　皮下溢血:[なし ・ あり]　皮膚菲薄化:[なし ・ あり]
	精神・神経	精神異常:[なし ・ あり]
	その他	満月様顔貌:[なし ・ あり] 症状(その他):(　　)

検査所見(診断時)　※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載

負荷試験	デキサメサゾン抑制試験(0.5 mg):[未実施 ・ 実施]　実施日:(　年　月　日) コルチゾール前値:(　　)μg/dL　コルチゾール負荷後:(　　)μg/dL
	デキサメサゾン抑制試験(8mg):[未実施 ・ 実施]　実施日:(　年　月　日) コルチゾール前値:(　　)μg/dL　コルチゾール負荷後:(　　)μg/dL
尿検査	尿中遊離コルチゾール:(　　)μg/day・未実施
血液検査	コルチゾール:(　　)μg/dL　ACTH:(　　)pg/mL
画像検査	CTまたはMRI検査(頭部):[未実施 ・ 実施]　実施日:(　年　月　日)　下垂体腺腫:[なし ・ あり]
	超音波検査またはCTまたはMRI検査(腹部):[未実施 ・ 実施]　実施日:(　年　月　日) 副腎腫瘍:[なし ・ あり]　両側副腎皮質過形成:[なし ・ あり]
	シンチグラフィ(副腎):[未実施 ・ 実施]　実施日:(　年　月　日) 所見:(　　)

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

画像検査	画像検査（その他）：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　年　月　日　） 部位：（　） 所見：（　）
検査所見（申請時）　※直近の状況を記載	
負荷試験	デキサメサゾン抑制試験（0.5 mg）：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　年　月　日　） コルチゾール前値：（　）μg/dL　コルチゾール負荷後：（　）μg/dL
	デキサメサゾン抑制試験（8mg）：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　年　月　日　） コルチゾール前値：（　）μg/dL　コルチゾール負荷後：（　）μg/dL
尿検査	尿中遊離コルチゾール：（　）μg/day・未実施
血液検査	コルチゾール：（　）μg/dL　ACTH：（　）pg/mL
画像検査	CTまたはMRI検査（頭部）：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　年　月　日　）　下垂体腺腫：[　なし　・　あり　]
	超音波検査またはCTまたはMRI検査（腹部）：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　年　月　日　） 副腎腫瘍：[　なし　・　あり　]　両側副腎皮質過形成：[　なし　・　あり　]
	シンチグラフィ（副腎）：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　年　月　日　） 所見：（　）
	画像検査（その他）：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　年　月　日　） 部位：（　） 所見：（　）
その他の所見（申請時）　※直近の状況を記載	
合併症	合併症：[　なし　・　あり　] 詳細：（　）
経過（申請時）　※直近の状況を記載	
薬物療法	補充療法：[　なし　・　あり　] 詳細：（　）
	機能抑制療法：[　なし　・　あり　] 詳細：（　）
	薬物療法（その他）：（　）
手術	手術：[　未実施　・　実施予定　・　実施済　]　実施日：（　年　月　日　） 術式：（　）
治療	治療（その他）：（　）
今後の治療方針	今後の治療方針：（　）
	治療見込み期間（入院）　開始日：（　年　月　日　）　終了日：（　年　月　日　） 治療見込み期間（外来）　開始日：（　年　月　日　）　終了日：（　年　月　日　）　通院頻度　（　）回／月
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　（　）

告示番号 14　内分泌疾患　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉

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 （具体的な疾病名：　　）		受付種別	□ 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） 年　月　日	体重（測定日）	kg（　SD） 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（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

症状	全身	低身長（−2.0SD以下）：[なし ・ あり]　高血圧：[なし ・ あり]　浮腫：[なし ・ あり]
	内分泌・代謝	月経異常（女子のみ）：[なし ・ あり]　耐糖能異常：[なし ・ あり]　骨粗鬆症：[なし ・ あり] 中心性肥満または水牛様脂肪沈着：[なし ・ あり]
	筋・骨格	筋力低下：[なし ・ あり]
	皮膚・粘膜	皮膚線条：[なし ・ あり]　痤瘡：[なし ・ あり]　多毛症：[なし ・ あり] 色素沈着：[なし ・ あり]　皮下溢血：[なし ・ あり]　皮膚菲薄化：[なし ・ あり]
	精神・神経	精神異常：[なし ・ あり]
	その他	満月様顔貌：[なし ・ あり] 症状（その他）：（　　）

臨床所見（申請時）　※直近の状況を記載

症状	全身	低身長（−2.0SD以下）：[なし ・ あり]　高血圧：[なし ・ あり]　浮腫：[なし ・ あり]
	内分泌・代謝	月経異常（女子のみ）：[なし ・ あり]　耐糖能異常：[なし ・ あり]　骨粗鬆症：[なし ・ あり] 中心性肥満または水牛様脂肪沈着：[なし ・ あり]
	筋・骨格	筋力低下：[なし ・ あり]
	皮膚・粘膜	皮膚線条：[なし ・ あり]　痤瘡：[なし ・ あり]　多毛症：[なし ・ あり] 色素沈着：[なし ・ あり]　皮下溢血：[なし ・ あり]　皮膚菲薄化：[なし ・ あり]
	精神・神経	精神異常：[なし ・ あり]
	その他	満月様顔貌：[なし ・ あり] 症状（その他）：（　　）

検査所見（診断時）　※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載

負荷試験	デキサメサゾン抑制試験（0.5 mg）：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　年　月　日） コルチゾール前値：（　　）μg/dL　コルチゾール負荷後：（　　）μg/dL
	デキサメサゾン抑制試験（8mg）：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　年　月　日） コルチゾール前値：（　　）μg/dL　コルチゾール負荷後：（　　）μg/dL
尿検査	尿中遊離コルチゾール：（　　）μg/day・未実施
血液検査	コルチゾール：（　　）μg/dL　ACTH：（　　）pg/mL
画像検査	CTまたはMRI検査（頭部）：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　年　月　日）　下垂体腺腫：[なし ・ あり]
	超音波検査またはCTまたはMRI検査（腹部）：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　年　月　日） 副腎腫瘍：[なし ・ あり]　両側副腎皮質過形成：[なし ・ あり]
	シンチグラフィ（副腎）：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　年　月　日） 所見：（　　）
	画像検査（その他）：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　年　月　日） 部位：（　　） 所見：（　　）

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

告示番号 14　**内分泌疾患　（　　）　年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉**　

検査所見（申請時）　※直近の状況を記載	
負荷試験	デキサメサゾン抑制試験（0.5 mg）：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　　年　　月　　日　） コルチゾール前値：（　　）μg/dL　コルチゾール負荷後：（　　）μg/dL
	デキサメサゾン抑制試験（8mg）：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　　年　　月　　日　） コルチゾール前値：（　　）μg/dL　コルチゾール負荷後：（　　）μg/dL
尿検査	尿中遊離コルチゾール：（　　）μg/day・未実施
血液検査	コルチゾール：（　　）μg/dL　ACTH：（　　）pg/mL
画像検査	CTまたはMRI検査（頭部）：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　　年　　月　　日　）　下垂体腺腫：[　なし　・　あり　]
	超音波検査またはCTまたはMRI検査（腹部）：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　　年　　月　　日　） 副腎腫瘍：[　なし　・　あり　]　両側副腎皮質過形成：[　なし　・　あり　]
	シンチグラフィ（副腎）：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　　年　　月　　日　） 所見：（　　）
	画像検査（その他）：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　　年　　月　　日　） 部位：（　　） 所見：（　　）
その他の所見（申請時）　※直近の状況を記載	
合併症	合併症：[　なし　・　あり　] 詳細：（　　）
経過（申請時）　※直近の状況を記載	
薬物療法	補充療法：[　なし　・　あり　] 詳細：（　　）
	機能抑制療法：[　なし　・　あり　] 詳細：（　　）
	薬物療法（その他）：（　　）
手術	手術：[　未実施　・　実施予定　・　実施済　]　実施日：（　　年　　月　　日　） 術式：（　　）
治療	治療（その他）：（　　）
今後の治療方針	今後の治療方針：（　　）
	治療見込み期間（入院）　開始日：（　　年　　月　　日　）　終了日：（　　年　　月　　日　） 治療見込み期間（外来）　開始日：（　　年　　月　　日　）　終了日：（　　年　　月　　日　）　通院頻度　（　　）回／月

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　（　　）

病名	38 副腎皮質刺激ホルモン（ACTH）単独欠損症			受付種別	□ 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） 年　月　日	体重（測定日）	kg（　SD） 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（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

症状	全身	哺乳力低下：[なし ・ あり]　体重増加不良：[なし ・ あり]　脱水：[なし ・ あり]
	内分泌・代謝	低血糖：[なし ・ あり]
	呼吸器・循環器	ショック：[なし ・ あり]
	消化器	悪心・嘔吐：[なし ・ あり]
	精神・神経	意識障害：[なし ・ あり ・ 不明]
	その他	症状（その他）：（　　）

臨床所見（申請時） ※直近の状況を記載

症状	全身	哺乳力低下：[なし ・ あり]　体重増加不良：[なし ・ あり]　脱水：[なし ・ あり]
	内分泌・代謝	低血糖：[なし ・ あり]
	呼吸器・循環器	ショック：[なし ・ あり]
	消化器	悪心・嘔吐：[なし ・ あり]
	精神・神経	意識障害：[なし ・ あり ・ 不明]
	その他	症状（その他）：（　　）

検査所見（診断時） ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載

負荷試験	CRH負荷試験：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　年　月　日 ） ACTH頂値：（　　）pg/mL　コルチゾール頂値：（　　）μg/dL
	インスリン負荷試験：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　年　月　日 ） ACTH：頂値：（　　）pg/mL　コルチゾール頂値：（　　）μg/dL
血液検査	血清Na：（　　）mEq/L　血清K：（　　）mEq/L　ACTH：（　　）pg/mL　コルチゾール：（　　）μg/dL 血糖値（随時）：（　　）mg/dL
画像検査	CTまたはMRI検査（頭部）：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　年　月　日 ） 所見：（　　）

検査所見（申請時） ※直近の状況を記載

負荷試験	CRH負荷試験：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　年　月　日 ） ACTH頂値：（　　）pg/mL　コルチゾール頂値：（　　）μg/dL
	インスリン負荷試験：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　年　月　日 ） ACTH：頂値：（　　）pg/mL　コルチゾール頂値：（　　）μg/dL
血液検査	血清Na：（　　）mEq/L　血清K：（　　）mEq/L　ACTH：（　　）pg/mL　コルチゾール：（　　）μg/dL 血糖値（随時）：（　　）mg/dL
画像検査	CTまたはMRI検査（頭部）：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　年　月　日 ） 所見：（　　）

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

告示番号 83　**内分泌疾患　（　　）　年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉**　

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　(　　)

告示番号 84　内分泌疾患　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉

病名	39 副腎皮質刺激ホルモン（ACTH）不応症			受付種別	□ 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） 年　月　日	体重（測定日）	kg（　SD） 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（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

症状	全身	哺乳力低下：[なし ・ あり]　体重増加不良：[なし ・ あり]　脱水：[なし ・ あり]
	内分泌・代謝	低血糖：[なし ・ あり]
	呼吸器・循環器	ショック：[なし ・ あり]
	消化器	悪心・嘔吐：[なし ・ あり]　アカラシア：[なし ・ あり]
	皮膚・粘膜	色素沈着：[なし ・ あり]
	精神・神経	意識障害：[なし ・ あり ・ 不明] 精神運動発達遅滞：[なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明]
	眼	無涙症：[なし ・ あり]
	その他	症状（その他）：（　　）

臨床所見（申請時） ※直近の状況を記載

症状	全身	哺乳力低下：[なし ・ あり]　体重増加不良：[なし ・ あり]　脱水：[なし ・ あり]
	内分泌・代謝	低血糖：[なし ・ あり]
	呼吸器・循環器	ショック：[なし ・ あり]
	消化器	悪心・嘔吐：[なし ・ あり]　アカラシア：[なし ・ あり]
	皮膚・粘膜	色素沈着：[なし ・ あり]
	精神・神経	意識障害：[なし ・ あり ・ 不明] 精神運動発達遅滞：[なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明]
	眼	無涙症：[なし ・ あり]
	その他	症状（その他）：（　　）

検査所見（診断時） ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載

血液検査	血清Na：（　　）mEq/L　血清K：（　　）mEq/L　血清Cl：（　　）mEq/L　ACTH：（　　）pg/mL コルチゾール：（　　）μg/dL　血糖値（随時）：（　　）mg/dL 血漿レニン活性（PRA）：（　　）ng/mL/hr ・ 未実施　血漿レニン定量（活性型）：（　　）pg/mL ・ 未実施 血漿アルドステロン：（　　）pg/mL ・ 未実施
画像検査	超音波検査またはCTまたはMRI検査（腹部）：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　年　月　日） 所見：（　　）
遺伝学的検査	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　年　月　日） 所見：（　　）

検査所見（申請時） ※直近の状況を記載

血液検査	血清Na：（　　）mEq/L　血清K：（　　）mEq/L　血清Cl：（　　）mEq/L　ACTH：（　　）pg/mL コルチゾール：（　　）μg/dL　血糖値（随時）：（　　）mg/dL 血漿レニン活性（PRA）：（　　）ng/mL/hr ・ 未実施　血漿レニン定量（活性型）：（　　）pg/mL ・ 未実施 血漿アルドステロン：（　　）pg/mL ・ 未実施
画像検査	超音波検査またはCTまたはMRI検査（腹部）：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　年　月　日） 所見：（　　）

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

告示番号	84	内分泌疾患　（　　）　年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉	2/2

遺伝学的検査	遺伝子検査：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　年　月　日　） 所見：（　）
その他の所見（申請時）　※直近の状況を記載	
合併症	合併症：[　なし　・　あり　] 詳細：（　）
経過（申請時）　※直近の状況を記載	
薬物療法	補充療法：[　なし　・　あり　] 詳細：（　）
	機能抑制療法：[　なし　・　あり　] 詳細：（　）
	薬物療法（その他）：（　）
手術	手術：[　未実施　・　実施予定　・　実施済　]　実施日：（　年　月　日　） 術式：（　）
治療	治療（その他）：（　）
今後の治療方針	今後の治療方針：（　）
	治療見込み期間（入院）　開始日：（　年　月　日　）　終了日：（　年　月　日　） 治療見込み期間（外来）　開始日：（　年　月　日　）　終了日：（　年　月　日　）　通院頻度　（　）回／月
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　（　　）

病名	40 先天性副腎低形成症			受付種別	□ 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) 年　月　日	体重(測定日)	kg (　SD) 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(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

症状	全身	易疲労性:[なし ・ あり]　哺乳力低下:[なし ・ あり]　体重増加不良:[なし ・ あり] 脱水:[なし ・ あり]
	内分泌・代謝	低血糖:[なし ・ あり]
	呼吸器・循環器	ショック:[なし ・ あり]
	消化器	悪心・嘔吐:[なし ・ あり]　腹痛:[なし ・ あり]
	皮膚・粘膜	色素沈着:[なし ・ あり]
	精神・神経	意識障害:[なし ・ あり ・ 不明] 精神運動発達遅滞:[なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明]
	その他	症状(その他):(　　)

臨床所見(申請時)　※直近の状況を記載

症状	全身	易疲労性:[なし ・ あり]　哺乳力低下:[なし ・ あり]　体重増加不良:[なし ・ あり] 脱水:[なし ・ あり]
	内分泌・代謝	低血糖:[なし ・ あり]
	呼吸器・循環器	ショック:[なし ・ あり]
	消化器	悪心・嘔吐:[なし ・ あり]　腹痛:[なし ・ あり]
	皮膚・粘膜	色素沈着:[なし ・ あり]
	精神・神経	意識障害:[なし ・ あり ・ 不明] 精神運動発達遅滞:[なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明]
	その他	症状(その他):(　　)

検査所見(診断時)　※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載

血液検査	血清Na:(　　)mEq/L　血清K:(　　)mEq/L　血清Cl:(　　)mEq/L　ACTH:(　　)pg/mL コルチゾール:(　　)μg/dL　血糖値(随時):(　　)mg/dL 血漿レニン活性(PRA):(　　)ng/mL/hr ・ 未実施　血漿レニン定量(活性型):(　　)pg/mL ・ 未実施 血漿アルドステロン:(　　)pg/mL ・ 未実施
画像検査	超音波検査またはCTまたはMRI検査(腹部):[未実施 ・ 実施]　実施日:(　年　月　日)　副腎低形成:[なし ・ あり]
遺伝学的検査	染色体検査:[未実施 ・ 実施]　実施日:(　年　月　日) 所見:(　　)
	遺伝子検査:[未実施 ・ 実施]　実施日:(　年　月　日) 所見:(　　)

検査所見(申請時)　※直近の状況を記載

血液検査	血清Na:(　　)mEq/L　血清K:(　　)mEq/L　血清Cl:(　　)mEq/L　ACTH:(　　)pg/mL コルチゾール:(　　)μg/dL　血糖値(随時):(　　)mg/dL 血漿レニン活性(PRA):(　　)ng/mL/hr ・ 未実施　血漿レニン定量(活性型):(　　)pg/mL ・ 未実施 血漿アルドステロン:(　　)pg/mL ・ 未実施

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

告示番号	82	内分泌疾患　（　　）　年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉	2/2

画像検査	超音波検査またはCTまたはMRI検査（腹部）：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　年　月　日）　副腎低形成：[　なし　・　あり　]
遺伝学的検査	染色体検査：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　年　月　日） 所見：（　）
	遺伝子検査：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　年　月　日） 所見：（　）
その他の所見（申請時）　※直近の状況を記載	
合併症	合併症：[　なし　・　あり　] 詳細：（　）
経過（申請時）　※直近の状況を記載	
薬物療法	補充療法：[　なし　・　あり　] 詳細：（　）
	機能抑制療法：[　なし　・　あり　] 詳細：（　）
	薬物療法（その他）：（　）
手術	手術：[　未実施　・　実施予定　・　実施済　]　実施日：（　年　月　日） 術式：（　）
治療	治療（その他）：（　）
今後の治療方針	今後の治療方針：（　）
	治療見込み期間（入院）　開始日：（　年　月　日）　終了日：（　年　月　日） 治療見込み期間（外来）　開始日：（　年　月　日）　終了日：（　年　月　日）　通院頻度　（　）回／月
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　（　　）

病名	41　グルココルチコイド抵抗症			受付種別	□ 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) 年　月　日	体重(測定日)	kg (　SD) 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(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

症状	全身	易疲労性：[なし ・ あり]	多飲：[なし ・ あり]
	内分泌・代謝	思春期早発：[なし ・ あり]	月経異常(女子のみ)：[なし ・ あり]
	腎・泌尿器	多尿：[なし ・ あり]	
	筋・骨格	筋力低下：[なし ・ あり]	
	皮膚・粘膜	痤瘡：[なし ・ あり]	多毛症：[なし ・ あり]
	精神・神経	四肢麻痺：[なし ・ あり ・ 不明]	
	その他	外性器異常：[なし ・ あり] 症状(その他)：(　　)	

臨床所見(申請時)　※直近の状況を記載

症状	全身	易疲労性：[なし ・ あり]	多飲：[なし ・ あり]
	内分泌・代謝	思春期早発：[なし ・ あり]	月経異常(女子のみ)：[なし ・ あり]
	腎・泌尿器	多尿：[なし ・ あり]	
	筋・骨格	筋力低下：[なし ・ あり]	
	皮膚・粘膜	痤瘡：[なし ・ あり]	多毛症：[なし ・ あり]
	精神・神経	四肢麻痺：[なし ・ あり ・ 不明]	
	その他	外性器異常：[なし ・ あり] 症状(その他)：(　　)	

検査所見(診断時)　※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載

血液検査	血清Na：(　　)mEq/L　血清K：(　　)mEq/L　血清Cl：(　　)mEq/L　ACTH：(　　)pg/mL コルチゾール：(　　)μg/dL　血糖値(随時)：(　　)mg/dL 血漿レニン活性(PRA)：(　　)ng/mL/hr ・ 未実施　血漿レニン定量(活性型)：(　　)pg/mL ・ 未実施 血漿アルドステロン：(　　)pg/mL ・ 未実施
画像検査	超音波検査またはCTまたはMRI検査(腹部)：[未実施 ・ 実施]　実施日：(　年　月　日) 副腎腫大：[なし ・ あり]
遺伝学的検査	染色体検査：[未実施 ・ 実施]　実施日：(　年　月　日) 所見：(　　)
	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施]　実施日：(　年　月　日) 所見：(　　)

検査所見(申請時)　※直近の状況を記載

血液検査	血清Na：(　　)mEq/L　血清K：(　　)mEq/L　血清Cl：(　　)mEq/L　ACTH：(　　)pg/mL コルチゾール：(　　)μg/dL　血糖値(随時)：(　　)mg/dL 血漿レニン活性(PRA)：(　　)ng/mL/hr ・ 未実施　血漿レニン定量(活性型)：(　　)pg/mL ・ 未実施 血漿アルドステロン：(　　)pg/mL ・ 未実施
画像検査	超音波検査またはCTまたはMRI検査(腹部)：[未実施 ・ 実施]　実施日：(　年　月　日) 副腎腫大：[なし ・ あり]

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

告示番号	81	内分泌疾患　（　　）　年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉	2/2

遺伝学的検査	染色体検査：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　年　月　日　） 所見：（　）
	遺伝子検査：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　年　月　日　） 所見：（　）
その他の所見（申請時）　※直近の状況を記載	
合併症	合併症：[　なし　・　あり　] 詳細：（　）
経過（申請時）　※直近の状況を記載	
薬物療法	補充療法：[　なし　・　あり　] 詳細：（　）
	機能抑制療法：[　なし　・　あり　] 詳細：（　）
	薬物療法（その他）：（　）
手術	手術：[　未実施　・　実施予定　・　実施済　]　実施日：（　年　月　日　） 術式：（　）
治療	治療（その他）：（　）
今後の治療方針	今後の治療方針：（　）
	治療見込み期間（入院）　開始日：（　年　月　日　）　終了日：（　年　月　日　） 治療見込み期間（外来）　開始日：（　年　月　日　）　終了日：（　年　月　日　）　通院頻度　（　）回／月
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　（　　）

告示番号	85	内分泌疾患　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉	1/2

病名	42	38から41までに掲げるもののほか、慢性副腎皮質機能低下症（アジソン（Addison）病を含む。） （具体的な疾病名：　　）		受付種別	□ 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） 年　月　日	体重（測定日）	kg（　SD） 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（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

症状	全身	易疲労性：[なし ・ あり]　哺乳力低下：[なし ・ あり]　体重増加不良：[なし ・ あり]　脱水：[なし ・ あり]
	内分泌・代謝	低血糖：[なし ・ あり]
	呼吸器・循環器	ショック：[なし ・ あり]
	消化器	悪心・嘔吐：[なし ・ あり]　腹痛：[なし ・ あり]
	皮膚・粘膜	色素沈着：[なし ・ あり]
	精神・神経	意識障害：[なし ・ あり ・ 不明]
	その他	症状（その他）：（　　）

臨床所見（申請時） ※直近の状況を記載

症状	全身	易疲労性：[なし ・ あり]　哺乳力低下：[なし ・ あり]　体重増加不良：[なし ・ あり]　脱水：[なし ・ あり]
	内分泌・代謝	低血糖：[なし ・ あり]
	呼吸器・循環器	ショック：[なし ・ あり]
	消化器	悪心・嘔吐：[なし ・ あり]　腹痛：[なし ・ あり]
	皮膚・粘膜	色素沈着：[なし ・ あり]
	精神・神経	意識障害：[なし ・ あり ・ 不明]
	その他	症状（その他）：（　　）

検査所見（診断時） ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載

血液検査	血清Na：（　　）mEq/L　血清K：（　　）mEq/L　血清Cl：（　　）mEq/L　ACTH：（　　）pg/mL コルチゾール：（　　）μg/dL　DHEA-S：（　　）ng/mL ・ μg/dL　血糖値（随時）：（　　）mg/dL 血漿レニン活性（PRA）：（　　）ng/mL/hr ・ 未実施　血漿レニン定量（活性型）：（　　）pg/mL ・ 未実施 血漿アルドステロン：（　　）pg/mL ・ 未実施 抗副腎皮質抗体：（　　）　抗副腎皮質抗体：（　　）倍・未実施
画像検査	超音波検査またはCTまたはMRI検査（腹部）：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　年　月　日 ） 副腎低形成：[なし ・ あり]
遺伝学的検査	染色体検査：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　年　月　日 ） 所見：（　　）
	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　年　月　日 ） 所見：（　　）

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

告示番号 85　**内分泌疾患　（　　）　年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉**　

検査所見（申請時）　※直近の状況を記載	
血液検査	血清Na：（　　）mEq/L　血清K：（　　）mEq/L　血清Cl：（　　）mEq/L　ACTH：（　　）pg/mL コルチゾール：（　　）μg/dL　DHEA-S：（　　）ng/mL　・　μg/dL　血糖値（随時）：（　　）mg/dL 血漿レニン活性（PRA）：（　　）ng/mL/hr　・　未実施　血漿レニン定量（活性型）：（　　）pg/mL　・　未実施 血漿アルドステロン：（　　）pg/mL　・　未実施 抗副腎皮質抗体：（　　）　抗副腎皮質抗体：（　　）倍・未実施
画像検査	超音波検査またはCTまたはMRI検査（腹部）：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　　年　　月　　日　） 副腎低形成：[　なし　・　あり　]
遺伝学的検査	染色体検査：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　　年　　月　　日　） 所見：（　　）
	遺伝子検査：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　　年　　月　　日　） 所見：（　　）
その他の所見（申請時）　※直近の状況を記載	
合併症	合併症：[　なし　・　あり　] 詳細：（　　）
経過（申請時）　※直近の状況を記載	
薬物療法	補充療法：[　なし　・　あり　] 詳細：（　　）
	機能抑制療法：[　なし　・　あり　] 詳細：（　　）
	薬物療法（その他）：（　　）
手術	手術：[　未実施　・　実施予定　・　実施済　]　実施日：（　　年　　月　　日　） 術式：（　　）
治療	治療（その他）：（　　）
今後の治療方針	今後の治療方針：（　　）
	治療見込み期間（入院）　開始日：（　　年　　月　　日　）　終了日：（　　年　　月　　日　） 治療見込み期間（外来）　開始日：（　　年　　月　　日　）　終了日：（　　年　　月　　日　）　通院頻度　（　　）回／月

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　（　　）

告示番号 1　内分泌疾患　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉

病名	43 アルドステロン症			受付種別	□ 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) 年　月　日	体重(測定日)	kg (　SD) 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(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

身体所見		血圧：収縮期：(　　)mmHg　拡張期：(　　)mmHg　実施日：(　年　月　日)
症状	全身	多飲：[なし ・ あり]
	腎・泌尿器	多尿：[なし ・ あり]
	消化器	悪心・嘔吐：[なし ・ あり]
	筋・骨格	筋力低下：[なし ・ あり]
	精神・神経	頭痛：[なし ・ あり]　四肢麻痺：[なし ・ あり ・ 不明]　しびれ：[なし ・ あり]
	その他	症状(その他)：(　　)

臨床所見(申請時)　※直近の状況を記載

身体所見		血圧：収縮期：(　　)mmHg　拡張期：(　　)mmHg　実施日：(　年　月　日)
症状	全身	多飲：[なし ・ あり]
	腎・泌尿器	多尿：[なし ・ あり]
	消化器	悪心・嘔吐：[なし ・ あり]
	筋・骨格	筋力低下：[なし ・ あり]
	精神・神経	頭痛：[なし ・ あり]　四肢麻痺：[なし ・ あり ・ 不明]　しびれ：[なし ・ あり]
	その他	症状(その他)：(　　)

検査所見(診断時)　※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載

尿検査	尿中アルドステロン：(　　)μg/day
血液検査	血清Na：(　　)mEq/L　血清K：(　　)mEq/L　血清Cl：(　　)mEq/L　BUN：(　　)mg/dL 血清クレアチニン：(　　)mg/dL 血漿レニン活性(PRA)：(　　)ng/mL/hr ・ 未実施　血漿レニン定量(活性型)：(　　)pg/mL ・ 未実施 血漿アルドステロン：(　　)pg/mL ・ 未実施
画像検査	超音波検査またはCTまたはMRI検査(腹部)：[未実施 ・ 実施]　実施日：(　年　月　日)　副腎腺腫：[なし ・ あり]

検査所見(申請時)　※直近の状況を記載

尿検査	尿中アルドステロン：(　　)μg/day
血液検査	血清Na：(　　)mEq/L　血清K：(　　)mEq/L　血清Cl：(　　)mEq/L　BUN：(　　)mg/dL 血清クレアチニン：(　　)mg/dL 血漿レニン活性(PRA)：(　　)ng/mL/hr ・ 未実施　血漿レニン定量(活性型)：(　　)pg/mL ・ 未実施 血漿アルドステロン：(　　)pg/mL ・ 未実施
画像検査	超音波検査またはCTまたはMRI検査(腹部)：[未実施 ・ 実施]　実施日：(　年　月　日)　副腎腺腫：[なし ・ あり]

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

告示番号	1	内分泌疾患　（　　）　年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉	2/2

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　（　　）

病名	44 見かけの鉱質コルチコイド過剰症候群（AME症候群）			受付種別	□ 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） 年　月　日	体重（測定日）	kg（　SD） 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（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

身体所見		血圧：収縮期：（　　）mmHg　拡張期：（　　）mmHg　実施日：（　年　月　日）
症状	全身	低身長（−2.0SD以下）：[なし ・ あり]　多飲：[なし ・ あり]
	腎・泌尿器	多尿：[なし ・ あり]
	消化器	悪心・嘔吐：[なし ・ あり]
	筋・骨格	筋力低下：[なし ・ あり]
	精神・神経	頭痛：[なし ・ あり]　四肢麻痺：[なし ・ あり ・ 不明]　しびれ：[なし ・ あり]
	その他	症状（その他）：（　　）

臨床所見（申請時）　※直近の状況を記載

身体所見		血圧：収縮期：（　　）mmHg　拡張期：（　　）mmHg　実施日：（　年　月　日）
症状	全身	低身長（−2.0SD以下）：[なし ・ あり]　多飲：[なし ・ あり]
	腎・泌尿器	多尿：[なし ・ あり]
	消化器	悪心・嘔吐：[なし ・ あり]
	筋・骨格	筋力低下：[なし ・ あり]
	精神・神経	頭痛：[なし ・ あり]　四肢麻痺：[なし ・ あり ・ 不明]　しびれ：[なし ・ あり]
	その他	症状（その他）：（　　）

検査所見（診断時）　※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載

尿検査	尿中アルドステロン：（　　）μg/day　尿中コルチゾール／コルチゾン代謝産物比：（　　）
血液検査	血清Na：（　　）mEq/L　血清K：（　　）mEq/L　血清Cl：（　　）mEq/L　BUN：（　　）mg/dL 血清クレアチニン：（　　）mg/dL　ACTH：（　　）pg/mL　コルチゾール：（　　）μg/dL 血漿レニン活性（PRA）：（　　）ng/mL/hr ・ 未実施　血漿レニン定量（活性型）：（　　）pg/mL ・ 未実施 血漿アルドステロン：（　　）pg/mL ・ 未実施
血液ガス分析	pH：（　　）
画像検査	超音波検査またはCTまたはMRI検査（腹部）：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　年　月　日）　副腎腺腫：[なし ・ あり]
遺伝学的検査	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　年　月　日） 所見：（　　）

検査所見（申請時）　※直近の状況を記載

尿検査	尿中アルドステロン：（　　）μg/day　尿中コルチゾール／コルチゾン代謝産物比：（　　）
血液検査	血清Na：（　　）mEq/L　血清K：（　　）mEq/L　血清Cl：（　　）mEq/L　BUN：（　　）mg/dL 血清クレアチニン：（　　）mg/dL　ACTH：（　　）pg/mL　コルチゾール：（　　）μg/dL 血漿レニン活性（PRA）：（　　）ng/mL/hr ・ 未実施　血漿レニン定量（活性型）：（　　）pg/mL ・ 未実施 血漿アルドステロン：（　　）pg/mL ・ 未実施

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

告示番号	86	内分泌疾患　（　　）　年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉	2/2

血液ガス分析	pH：（　　）
画像検査	超音波検査またはCTまたはMRI検査（腹部）：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　　年　　月　　日　）　副腎腺腫：[　なし　・　あり　]
遺伝学的検査	遺伝子検査：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　　年　　月　　日　） 所見：（　　）
その他の所見（申請時）　※直近の状況を記載	
合併症	合併症：[　なし　・　あり　] 詳細：（　　）
出生歴	子宮内発育遅延：[　なし　・　あり　]
経過（申請時）　※直近の状況を記載	
薬物療法	補充療法：[　なし　・　あり　] 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　（　　）

病名	45 リドル（Liddle）症候群			受付種別	□ 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） 年　月　日	体重（測定日）	kg（　SD） 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（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

身体所見		血圧：収縮期：（　　）mmHg　拡張期：（　　）mmHg　実施日：（　年　月　日）
症状	全身	多飲：［ なし ・ あり ］
	腎・泌尿器	多尿：［ なし ・ あり ］
	消化器	悪心・嘔吐：［ なし ・ あり ］
	筋・骨格	筋力低下：［ なし ・ あり ］
	精神・神経	頭痛：［ なし ・ あり ］　四肢麻痺：［ なし ・ あり ・ 不明 ］　しびれ：［ なし ・ あり ］
	その他	症状（その他）：（　　）

臨床所見（申請時）　※直近の状況を記載

身体所見		血圧：収縮期：（　　）mmHg　拡張期：（　　）mmHg　実施日：（　年　月　日）
症状	全身	多飲：［ なし ・ あり ］
	腎・泌尿器	多尿：［ なし ・ あり ］
	消化器	悪心・嘔吐：［ なし ・ あり ］
	筋・骨格	筋力低下：［ なし ・ あり ］
	精神・神経	頭痛：［ なし ・ あり ］　四肢麻痺：［ なし ・ あり ・ 不明 ］　しびれ：［ なし ・ あり ］
	その他	症状（その他）：（　　）

検査所見（診断時）　※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載

尿検査	尿中アルドステロン：（　　）μg/day
血液検査	血清Na：（　　）mEq/L　血清K：（　　）mEq/L　血清Cl：（　　）mEq/L　BUN：（　　）mg/dL 血清クレアチニン：（　　）mg/dL 血漿レニン活性（PRA）：（　　）ng/mL/hr ・ 未実施　血漿レニン定量（活性型）：（　　）pg/mL ・ 未実施 血漿アルドステロン：（　　）pg/mL ・ 未実施
血液ガス分析	pH：（　　）
画像検査	超音波検査またはCTまたはMRI検査（腹部）：［ 未実施 ・ 実施 ］　実施日：（　年　月　日）　副腎腫瘍：［ なし ・ あり ］
遺伝学的検査	遺伝子検査：［ 未実施 ・ 実施 ］　実施日：（　年　月　日） 所見：（　　）

検査所見（申請時）　※直近の状況を記載

尿検査	尿中アルドステロン：（　　）μg/day
血液検査	血清Na：（　　）mEq/L　血清K：（　　）mEq/L　血清Cl：（　　）mEq/L　BUN：（　　）mg/dL 血清クレアチニン：（　　）mg/dL 血漿レニン活性（PRA）：（　　）ng/mL/hr ・ 未実施　血漿レニン定量（活性型）：（　　）pg/mL ・ 未実施 血漿アルドステロン：（　　）pg/mL ・ 未実施

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

告示番号	87	内分泌疾患　（　　）　年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉	2/2

血液ガス分析	pH：（　　）
画像検査	超音波検査またはCTまたはMRI検査（腹部）：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　年　月　日）　副腎腫瘍：[　なし　・　あり　]
遺伝学的検査	遺伝子検査：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　年　月　日） 所見：（　　）
その他の所見（申請時）　※直近の状況を記載	
合併症	合併症：[　なし　・　あり　] 詳細：（　　）
経過（申請時）　※直近の状況を記載	
薬物療法	補充療法：[　なし　・　あり　] 詳細：（　　）
	機能抑制療法：[　なし　・　あり　] 詳細：（　　）
	薬物療法（その他）：（　　）
手術	手術：[　未実施　・　実施予定　・　実施済　]　実施日：（　年　月　日） 術式：（　　）
治療	治療（その他）：（　　）
今後の治療方針	今後の治療方針：（　　）
	治療見込み期間（入院）　開始日：（　年　月　日）　終了日：（　年　月　日） 治療見込み期間（外来）　開始日：（　年　月　日）　終了日：（　年　月　日）　通院頻度　（　　）回／月
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　（　　）

病名	46 低レニン性低アルドステロン症			受付種別	□ 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) 年　月　日	体重(測定日)	kg (　SD) 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(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

身体所見		血圧：収縮期：(　　)mmHg　拡張期：(　　)mmHg　実施日：(　年　月　日)
症状	全身	哺乳力低下：[なし ・ あり]　体重増加不良：[なし ・ あり]　脱水：[なし ・ あり]
	消化器	悪心・嘔吐：[なし ・ あり]
	皮膚・粘膜	色素沈着：[なし ・ あり]
	その他	症状(その他)：(　　)

臨床所見(申請時)　※直近の状況を記載

身体所見		血圧：収縮期：(　　)mmHg　拡張期：(　　)mmHg　実施日：(　年　月　日)
症状	全身	哺乳力低下：[なし ・ あり]　体重増加不良：[なし ・ あり]　脱水：[なし ・ あり]
	消化器	悪心・嘔吐：[なし ・ あり]
	皮膚・粘膜	色素沈着：[なし ・ あり]
	その他	症状(その他)：(　　)

検査所見(診断時)　※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載

尿検査	尿中ナトリウム：(　　)mEq/L　尿中アルドステロン：(　　)μg/day　尿中カリウム：(　　)mEq/L
血液検査	血清Na：(　　)mEq/L　血清K：(　　)mEq/L　血清Cl：(　　)mEq/L　BUN：(　　)mg/dL 血清クレアチニン：(　　)mg/dL　ACTH：(　　)pg/mL　コルチゾール：(　　)μg/dL 血漿レニン活性(PRA)：(　　)ng/mL/hr ・ 未実施　血漿レニン定量(活性型)：(　　)pg/mL ・ 未実施 血漿アルドステロン：(　　)pg/mL ・ 未実施
血液ガス分析	pH：(　　)
画像検査	超音波検査またはCTまたはMRI検査(腹部)：[未実施 ・ 実施]　実施日：(　年　月　日)　副腎過形成：[なし ・ あり]

検査所見(申請時)　※直近の状況を記載

尿検査	尿中ナトリウム：(　　)mEq/L　尿中アルドステロン：(　　)μg/day　尿中カリウム：(　　)mEq/L
血液検査	血清Na：(　　)mEq/L　血清K：(　　)mEq/L　血清Cl：(　　)mEq/L　BUN：(　　)mg/dL 血清クレアチニン：(　　)mg/dL　ACTH：(　　)pg/mL　コルチゾール：(　　)μg/dL 血漿レニン活性(PRA)：(　　)ng/mL/hr ・ 未実施　血漿レニン定量(活性型)：(　　)pg/mL ・ 未実施 血漿アルドステロン：(　　)pg/mL ・ 未実施
血液ガス分析	pH：(　　)
画像検査	超音波検査またはCTまたはMRI検査(腹部)：[未実施 ・ 実施]　実施日：(　年　月　日)　副腎過形成：[なし ・ あり]

その他の所見(申請時)　※直近の状況を記載

合併症	合併症：[なし ・ あり] 詳細：(　　)

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

告示番号	69	内分泌疾患　（　　）　年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉	2/2

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　(　　)

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〉

病名	47 アルドステロン合成酵素欠損症			受付種別	□ 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) 年　月　日	体重(測定日)	kg (　SD) 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(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

症状	全身	哺乳力低下：[なし ・ あり]　体重増加不良：[なし ・ あり]　脱水：[なし ・ あり]
	呼吸器・循環器	ショック：[なし ・ あり]
	消化器	悪心・嘔吐：[なし ・ あり]
	皮膚・粘膜	色素沈着：[なし ・ あり]
	その他	症状(その他)：(　　)

臨床所見(申請時)　※直近の状況を記載

症状	全身	哺乳力低下：[なし ・ あり]　体重増加不良：[なし ・ あり]　脱水：[なし ・ あり]
	呼吸器・循環器	ショック：[なし ・ あり]
	消化器	悪心・嘔吐：[なし ・ あり]
	皮膚・粘膜	色素沈着：[なし ・ あり]
	その他	症状(その他)：(　　)

検査所見(診断時)　※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載

尿検査	尿中ナトリウム：(　　)mEq/L　尿中アルドステロン：(　　)μg/day　尿中カリウム：(　　)mEq/L
血液検査	血清Na：(　　)mEq/L　血清K：(　　)mEq/L　血清Cl：(　　)mEq/L　BUN：(　　)mg/dL 血清クレアチニン：(　　)mg/dL　ACTH：(　　)pg/mL　コルチゾール：(　　)μg/dL 血漿レニン活性(PRA)：(　　)ng/mL/hr ・ 未実施　血漿レニン定量(活性型)：(　　)pg/mL ・ 未実施 血漿アルドステロン：(　　)pg/mL ・ 未実施
画像検査	超音波検査またはCTまたはMRI検査(腹部)：[未実施 ・ 実施]　実施日：(　年　月　日)　副腎過形成：[なし ・ あり]

検査所見(申請時)　※直近の状況を記載

尿検査	尿中ナトリウム：(　　)mEq/L　尿中アルドステロン：(　　)μg/day　尿中カリウム：(　　)mEq/L
血液検査	血清Na：(　　)mEq/L　血清K：(　　)mEq/L　血清Cl：(　　)mEq/L　BUN：(　　)mg/dL 血清クレアチニン：(　　)mg/dL　ACTH：(　　)pg/mL　コルチゾール：(　　)μg/dL 血漿レニン活性(PRA)：(　　)ng/mL/hr ・ 未実施　血漿レニン定量(活性型)：(　　)pg/mL ・ 未実施 血漿アルドステロン：(　　)pg/mL ・ 未実施
画像検査	超音波検査またはCTまたはMRI検査(腹部)：[未実施 ・ 実施]　実施日：(　年　月　日)　副腎過形成：[なし ・ あり]

その他の所見(申請時)　※直近の状況を記載

合併症	合併症：[なし ・ あり] 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：(　　)

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

告示番号	68	内分泌疾患　（　　）　年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉	2/2

薬物療法	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　（　　）

告示番号	70	内分泌疾患　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉	1/2

病名	48	46及び47に掲げるもののほか、低アルドステロン症 （具体的な疾病名：　　）		受付種別	□ 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） 年　月　日	体重（測定日）	kg（　SD） 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（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

身体所見		血圧：収縮期：（　　）mmHg　拡張期：（　　）mmHg　実施日：（　年　月　日）
症状	全身	哺乳力低下：［ なし ・ あり ］　体重増加不良：［ なし ・ あり ］　脱水：［ なし ・ あり ］
	消化器	悪心・嘔吐：［ なし ・ あり ］
	皮膚・粘膜	色素沈着：［ なし ・ あり ］
	その他	症状（その他）：（　　）

臨床所見（申請時） ※直近の状況を記載

身体所見		血圧：収縮期：（　　）mmHg　拡張期：（　　）mmHg　実施日：（　年　月　日）
症状	全身	哺乳力低下：［ なし ・ あり ］　体重増加不良：［ なし ・ あり ］　脱水：［ なし ・ あり ］
	消化器	悪心・嘔吐：［ なし ・ あり ］
	皮膚・粘膜	色素沈着：［ なし ・ あり ］
	その他	症状（その他）：（　　）

検査所見（診断時） ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載

尿検査	尿中ナトリウム：（　　）mEq/L　尿中カリウム：（　　）mEq/L 尿中アルドステロン：（　　）μg/day　尿中遊離コルチゾール：（　　）μg/day ・ 未実施
血液検査	血清Na：（　　）mEq/L　血清K：（　　）mEq/L　血清Cl：（　　）mEq/L　BUN：（　　）mg/dL 血清クレアチニン：（　　）mg/dL　ACTH：（　　）pg/mL　コルチゾール：（　　）μg/dL 血漿レニン活性（PRA）：（　　）ng/mL/hr ・ 未実施　血漿レニン定量（活性型）：（　　）pg/mL ・ 未実施 血漿アルドステロン：（　　）pg/mL ・ 未実施
血液ガス分析	pH：（　　）
画像検査	超音波検査またはCTまたはMRI検査（腹部）：［ 未実施 ・ 実施 ］　実施日：（　年　月　日）　副腎過形成：［ なし ・ あり ］

検査所見（申請時） ※直近の状況を記載

尿検査	尿中ナトリウム：（　　）mEq/L　尿中カリウム：（　　）mEq/L 尿中アルドステロン：（　　）μg/day　尿中遊離コルチゾール：（　　）μg/day ・ 未実施
血液検査	血清Na：（　　）mEq/L　血清K：（　　）mEq/L　血清Cl：（　　）mEq/L　BUN：（　　）mg/dL 血清クレアチニン：（　　）mg/dL　ACTH：（　　）pg/mL　コルチゾール：（　　）μg/dL 血漿レニン活性（PRA）：（　　）ng/mL/hr ・ 未実施　血漿レニン定量（活性型）：（　　）pg/mL ・ 未実施 血漿アルドステロン：（　　）pg/mL ・ 未実施
血液ガス分析	pH：（　　）
画像検査	超音波検査またはCTまたはMRI検査（腹部）：［ 未実施 ・ 実施 ］　実施日：（　年　月　日）　副腎過形成：［ なし ・ あり ］

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

告示番号	70	内分泌疾患　（　　）　年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉	2/2

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　(　　)

病名	49 偽性低アルドステロン症			受付種別	□ 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) 年　月　日	体重(測定日)	kg (　SD) 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(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

身体所見		血圧：収縮期：(　　)mmHg　拡張期：(　　)mmHg　実施日：(　年　月　日)
症状	全身	哺乳力低下：[なし ・ あり]　体重増加不良：[なし ・ あり]　脱水：[なし ・ あり]
	呼吸器・循環器	咳：[なし ・ あり]　喘鳴：[なし ・ あり]　多呼吸：[なし ・ あり]
	消化器	悪心・嘔吐：[なし ・ あり]
	筋・骨格	筋力低下：[なし ・ あり]
	皮膚・粘膜	難治性湿疹：[なし ・ あり]
	精神・神経	四肢麻痺：[なし ・ あり ・ 不明]
	その他	歯牙異常：[なし ・ あり] 症状(その他)：(　　)

臨床所見(申請時)　※直近の状況を記載

身体所見		血圧：収縮期：(　　)mmHg　拡張期：(　　)mmHg　実施日：(　年　月　日)
症状	全身	哺乳力低下：[なし ・ あり]　体重増加不良：[なし ・ あり]　脱水：[なし ・ あり]
	呼吸器・循環器	咳：[なし ・ あり]　喘鳴：[なし ・ あり]　多呼吸：[なし ・ あり]
	消化器	悪心・嘔吐：[なし ・ あり]
	筋・骨格	筋力低下：[なし ・ あり]
	皮膚・粘膜	難治性湿疹：[なし ・ あり]
	精神・神経	四肢麻痺：[なし ・ あり ・ 不明]
	その他	歯牙異常：[なし ・ あり] 症状(その他)：(　　)

検査所見(診断時)　※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載

尿検査	尿中ナトリウム：(　　)mEq/L　尿中カリウム：(　　)mEq/L
血液検査	血清Na：(　　)mEq/L　血清K：(　　)mEq/L　血清Cl：(　　)mEq/L　BUN：(　　)mg/dL 血清クレアチニン：(　　)mg/dL　ACTH：(　　)pg/mL　コルチゾール：(　　)μg/dL 血漿レニン活性(PRA)：(　　)ng/mL/hr ・ 未実施　血漿レニン定量(活性型)：(　　)pg/mL ・ 未実施 血漿アルドステロン：(　　)pg/mL ・ 未実施
血液ガス分析	pH：(　　)
病理検査	唾液中Na：(　　)mEq/L ・ 未実施　唾液中Cl：(　　)mEq/L ・ 未実施
	汗中Na：(　　)mEq/L ・ 未実施　汗中Cl：(　　)mEq/L ・ 未実施
遺伝学的検査	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施]　実施日：(　年　月　日) 所見：(　　)

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

告示番号 7　**内分泌疾患　（　　）　年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉**　

検査所見（申請時）　※直近の状況を記載	
尿検査	尿中ナトリウム：（　　）mEq/L　尿中カリウム：（　　）mEq/L
血液検査	血清Na：（　　）mEq/L　血清K：（　　）mEq/L　血清Cl：（　　）mEq/L　BUN：（　　）mg/dL 血清クレアチニン：（　　）mg/dL　ACTH：（　　）pg/mL　コルチゾール：（　　）μg/dL 血漿レニン活性（PRA）：（　　）ng/mL/hr　・　未実施　血漿レニン定量（活性型）：（　　）pg/mL　・　未実施 血漿アルドステロン：（　　）pg/mL　・　未実施
血液ガス分析	pH：（　　）
病理検査	唾液中Na：（　　）mEq/L　・　未実施　唾液中Cl：（　　）mEq/L　・　未実施
	汗中Na：（　　）mEq/L　・　未実施　汗中Cl：（　　）mEq/L　・　未実施
遺伝学的検査	遺伝子検査：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　　年　　月　　日　） 所見：（　　）
その他の所見（申請時）　※直近の状況を記載	
合併症	合併症：[　なし　・　あり　] 詳細：（　　）
経過（申請時）　※直近の状況を記載	
薬物療法	補充療法：[　なし　・　あり　] 詳細：（　　）
	機能抑制療法：[　なし　・　あり　] 詳細：（　　）
	薬物療法（その他）：（　　）
手術	手術：[　未実施　・　実施予定　・　実施済　]　実施日：（　　年　　月　　日　） 術式：（　　）
治療	治療（その他）：（　　）
今後の治療方針	今後の治療方針：（　　）
	治療見込み期間（入院）　開始日：（　　年　　月　　日　）　終了日：（　　年　　月　　日　） 治療見込み期間（外来）　開始日：（　　年　　月　　日　）　終了日：（　　年　　月　　日　）　通院頻度　（　　）回／月

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　（　　）

告示番号 61　内分泌疾患　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉

病名	50 リポイド副腎過形成症			受付種別	□ 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) 年　月　日	体重(測定日)	kg (　SD) 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(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

症状	全身	哺乳力低下:[なし ・ あり]　体重増加不良:[なし ・ あり]　脱水:[なし ・ あり]
	内分泌・代謝	低血糖:[なし ・ あり]
	消化器	悪心・嘔吐:[なし ・ あり]
	皮膚・粘膜	色素沈着:[なし ・ あり]
	その他	外性器異常:[なし ・ あり] 詳細:(　　)
		症状(その他):(　　)

臨床所見(申請時)　※直近の状況を記載

症状	全身	哺乳力低下:[なし ・ あり]　体重増加不良:[なし ・ あり]　脱水:[なし ・ あり]
	内分泌・代謝	低血糖:[なし ・ あり]
	消化器	悪心・嘔吐:[なし ・ あり]
	皮膚・粘膜	色素沈着:[なし ・ あり]
	その他	外性器異常:[なし ・ あり] 詳細:(　　)
		症状(その他):(　　)

検査所見(診断時)　※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載

血液検査	血清Na:(　　)mEq/L　血清K:(　　)mEq/L　血清Cl:(　　)mEq/L　BUN:(　　)mg/dL 血清クレアチニン:(　　)mg/dL　ACTH:(　　)pg/mL　コルチゾール:(　　)μg/dL テストステロン:(　　)ng/mL ・ ng/dL　エストラジオール(E_2):(　　)pg/mL 血漿レニン活性(PRA):(　　)ng/mL/hr ・ 未実施　血漿レニン定量(活性型):(　　)pg/mL ・ 未実施 血漿アルドステロン:(　　)pg/mL ・ 未実施
画像検査	超音波検査またはCTまたはMRI検査(腹部):[未実施 ・ 実施]　実施日:(　年　月　日)　副腎過形成:[なし ・ あり]
遺伝学的検査	染色体検査:[未実施 ・ 実施]　実施日:(　年　月　日) 所見:(　　)
	遺伝子検査:[未実施 ・ 実施]　実施日:(　年　月　日) 所見:(　　)

検査所見(申請時)　※直近の状況を記載

血液検査	血清Na:(　　)mEq/L　血清K:(　　)mEq/L　血清Cl:(　　)mEq/L　BUN:(　　)mg/dL 血清クレアチニン:(　　)mg/dL　ACTH:(　　)pg/mL　コルチゾール:(　　)μg/dL テストステロン:(　　)ng/mL ・ ng/dL　エストラジオール(E_2):(　　)pg/mL 血漿レニン活性(PRA):(　　)ng/mL/hr ・ 未実施　血漿レニン定量(活性型):(　　)pg/mL ・ 未実施 血漿アルドステロン:(　　)pg/mL ・ 未実施

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

告示番号	61	内分泌疾患　（　　）　年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉	2/2

画像検査	超音波検査またはCTまたはMRI検査（腹部）：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　年　月　日）　副腎過形成：[　なし　・　あり　]
遺伝学的検査	染色体検査：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　年　月　日） 所見：（　）
	遺伝子検査：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　年　月　日） 所見：（　）
その他の所見（申請時）　※直近の状況を記載	
合併症	合併症：[　なし　・　あり　] 詳細：（　）
経過（申請時）　※直近の状況を記載	
薬物療法	補充療法：[　なし　・　あり　] 詳細：（　）
	機能抑制療法：[　なし　・　あり　] 詳細：（　）
	薬物療法（その他）：（　）
手術	手術：[　未実施　・　実施予定　・　実施済　]　実施日：（　年　月　日） 術式：（　）
治療	治療（その他）：（　）
今後の治療方針	今後の治療方針：（　）
	治療見込み期間（入院）　開始日：（　年　月　日）　終了日：（　年　月　日） 治療見込み期間（外来）　開始日：（　年　月　日）　終了日：（　年　月　日）　通院頻度　（　）回／月
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　（　　）

告示番号 57　内分泌疾患　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉

病名	51　3β-ヒドロキシステロイド脱水素酵素欠損症			受付種別	□ 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) 年　月　日	体重(測定日)	kg (　SD) 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(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

診断		新生児マス・スクリーニングで発見：[なし ・ あり]
症状	全身	哺乳力低下：[なし ・ あり]　体重増加不良：[なし ・ あり]　脱水：[なし ・ あり]
	内分泌・代謝	低血糖：[なし ・ あり]
	消化器	悪心・嘔吐：[なし ・ あり]
	皮膚・粘膜	色素沈着：[なし ・ あり]
	その他	外性器異常：[なし ・ あり] 詳細：(　　)
		症状(その他)：(　　)

臨床所見(申請時)　※直近の状況を記載

症状	全身	哺乳力低下：[なし ・ あり]　体重増加不良：[なし ・ あり]　脱水：[なし ・ あり]
	内分泌・代謝	低血糖：[なし ・ あり]
	消化器	悪心・嘔吐：[なし ・ あり]
	皮膚・粘膜	色素沈着：[なし ・ あり]
	その他	外性器異常：[なし ・ あり] 詳細：(　　)
		症状(その他)：(　　)

検査所見(診断時)　※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載

負荷試験	ACTH負荷試験：[未実施 ・ 実施]　実施日：(　年　月　日) コルチゾール基礎値：(　)μg/dL　コルチゾール頂値：(　)μg/dL プレグネノロン基礎値：(　)ng/mL　プレグネノロン頂値：(　)ng/mL プロゲステロン基礎値：(　)ng/mL　プロゲステロン頂値：(　)ng/mL 17-OHプレグネノロン基礎値：(　)ng/mL　17-OHプレグネノロン基礎値頂値：(　)ng/mL 17-OHプロゲステロン基礎値：(　)ng/mL　17-OHプロゲステロン頂値：(　)ng/mL DHEA基礎値：(　)ng/mL　DHEA頂値：(　)ng/mL アンドロステンジオン基礎値：(　)ng/mL　アンドロステンジオン頂値：(　)ng/mL
血液検査	血清Na：(　)mEq/L　血清K：(　)mEq/L　血清Cl：(　)mEq/L　BUN：(　)mg/dL 血清クレアチニン：(　)mg/dL　ACTH：(　)pg/mL　DHEA-S：(　)ng/mL ・ μg/dL 血漿レニン活性(PRA)：(　)ng/mL/hr ・ 未実施　血漿レニン定量(活性型)：(　)pg/mL ・ 未実施 血漿アルドステロン：(　)pg/mL ・ 未実施
画像検査	超音波検査またはCTまたはMRI検査(腹部)：[未実施 ・ 実施]　実施日：(　年　月　日)　副腎過形成：[なし ・ あり]
遺伝学的検査	染色体検査：[未実施 ・ 実施]　実施日：(　年　月　日) 所見：(　　)
	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施]　実施日：(　年　月　日) 所見：(　　)

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

告示番号 57　**内分泌疾患　（　　）　年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉**　

検査所見（申請時）　※直近の状況を記載	
負荷試験	ACTH負荷試験：[　未実施　・　実施　]　実施日：(　年　月　日　) コルチゾール基礎値：(　)μg/dL　コルチゾール頂値：(　)μg/dL プレグネノロン基礎値：(　)ng/mL　プレグネノロン頂値：(　)ng/mL プロゲステロン基礎値：(　)ng/mL　プロゲステロン頂値：(　)ng/mL 17-OHプレグネノロン基礎値：(　)ng/mL　17-OHプレグネノロン基礎値頂値：(　)ng/mL 17-OHプロゲステロン基礎値：(　)ng/mL　17-OHプロゲステロン頂値：(　)ng/mL DHEA基礎値：(　)ng/mL　DHEA頂値：(　)ng/mL アンドロステンジオン基礎値：(　)ng/mL　アンドロステンジオン頂値：(　)ng/mL
血液検査	血清Na：(　)mEq/L　血清K：(　)mEq/L　血清Cl：(　)mEq/L　BUN：(　)mg/dL 血清クレアチニン：(　)mg/dL　ACTH：(　)pg/mL　DHEA-S：(　)ng/mL　・　μg/dL 血漿レニン活性（PRA）：(　)ng/mL/hr　・　未実施　血漿レニン定量（活性型）：(　)pg/mL　・　未実施 血漿アルドステロン：(　)pg/mL　・　未実施
画像検査	超音波検査またはCTまたはMRI検査（腹部）：[　未実施　・　実施　]　実施日：(　年　月　日　)　副腎過形成：[　なし　・　あり　]
遺伝学的検査	染色体検査：[　未実施　・　実施　]　実施日：(　年　月　日　) 所見：(　)
	遺伝子検査：[　未実施　・　実施　]　実施日：(　年　月　日　) 所見：(　)
その他の所見（申請時）　※直近の状況を記載	
合併症	合併症：[　なし　・　あり　] 詳細：(　)
経過（申請時）　※直近の状況を記載	
薬物療法	補充療法：[　なし　・　あり　] 詳細：(　)
	機能抑制療法：[　なし　・　あり　] 詳細：(　)
	薬物療法（その他）：(　)
手術	手術：[　未実施　・　実施予定　・　実施済　]　実施日：(　年　月　日　) 術式：(　)
治療	治療（その他）：(　)
今後の治療方針	今後の治療方針：(　)
	治療見込み期間（入院）　開始日：(　年　月　日　)　終了日：(　年　月　日　) 治療見込み期間（外来）　開始日：(　年　月　日　)　終了日：(　年　月　日　)　通院頻度　(　)回／月
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　(　　)

病名	52　11β-水酸化酵素欠損症			受付種別	□ 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) 年　月　日	体重(測定日)	kg (　SD) 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(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

診断		新生児マス・スクリーニングで発見：[なし ・ あり]
身体所見		血圧：収縮期：(　　)mmHg　拡張期：(　　)mmHg　実施日：(　年　月　日)
症状	内分泌・代謝	思春期早発：[なし ・ あり]
	その他	外性器異常：[なし ・ あり] 詳細：(　　)
		症状(その他)：(　　)

臨床所見(申請時)　※直近の状況を記載

身体所見		血圧：収縮期：(　　)mmHg　拡張期：(　　)mmHg　実施日：(　年　月　日)
症状	内分泌・代謝	思春期早発：[なし ・ あり]
	その他	外性器異常：[なし ・ あり] 詳細：(　　)
		症状(その他)：(　　)

検査所見(診断時)　※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載

負荷試験	ACTH負荷試験：[未実施 ・ 実施]　実施日：(　年　月　日) デオキシコルチコステロン基礎値：(　　)ng/mL　デオキシコルチコステロン頂値：(　　)ng/mL 11-デオキシコルチゾール基礎値：(　　)ng/mL　11-デオキシコルチゾール頂値：(　　)ng/mL
血液検査	血清Na：(　　)mEq/L　血清K：(　　)mEq/L　血清Cl：(　　)mEq/L　BUN：(　　)mg/dL 血清クレアチニン：(　　)mg/dL　ACTH：(　　)pg/mL　コルチゾール：(　　)μg/dL テストステロン：(　　)ng/mL ・ ng/dL　DHEA-S：(　　)ng/mL ・ μg/dL　DHEA：(　　)ng/mL 血漿レニン活性(PRA)：(　　)ng/mL/hr ・ 未実施　血漿レニン定量(活性型)：(　　)pg/mL ・ 未実施 血漿アルドステロン：(　　)pg/mL ・ 未実施
画像検査	超音波検査またはCTまたはMRI検査(腹部)：[未実施 ・ 実施]　実施日：(　年　月　日)　副腎過形成：[なし ・ あり]
遺伝学的検査	染色体検査：[未実施 ・ 実施]　実施日：(　年　月　日) 所見：(　　)
	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施]　実施日：(　年　月　日) 所見：(　　)

検査所見(申請時)　※直近の状況を記載

負荷試験	ACTH負荷試験：[未実施 ・ 実施]　実施日：(　年　月　日) デオキシコルチコステロン基礎値：(　　)ng/mL　デオキシコルチコステロン頂値：(　　)ng/mL 11-デオキシコルチゾール基礎値：(　　)ng/mL　11-デオキシコルチゾール頂値：(　　)ng/mL
血液検査	血清Na：(　　)mEq/L　血清K：(　　)mEq/L　血清Cl：(　　)mEq/L　BUN：(　　)mg/dL 血清クレアチニン：(　　)mg/dL　ACTH：(　　)pg/mL　コルチゾール：(　　)μg/dL テストステロン：(　　)ng/mL ・ ng/dL　DHEA-S：(　　)ng/mL ・ μg/dL　DHEA：(　　)ng/mL 血漿レニン活性(PRA)：(　　)ng/mL/hr ・ 未実施　血漿レニン定量(活性型)：(　　)pg/mL ・ 未実施 血漿アルドステロン：(　　)pg/mL ・ 未実施
画像検査	超音波検査またはCTまたはMRI検査(腹部)：[未実施 ・ 実施]　実施日：(　年　月　日)　副腎過形成：[なし ・ あり]

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

告示番号	56	内分泌疾患　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉	2/2

遺伝学的検査	染色体検査：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　　年　　月　　日　） 所見：（　　）
	遺伝子検査：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　　年　　月　　日　） 所見：（　　）
その他の所見（申請時）　※直近の状況を記載	
合併症	合併症：[　なし　・　あり　] 詳細：（　　）
経過（申請時）　※直近の状況を記載	
薬物療法	補充療法：[　なし　・　あり　] 詳細：（　　）
	機能抑制療法：[　なし　・　あり　] 詳細：（　　）
	薬物療法（その他）：（　　）
手術	手術：[　未実施　・　実施予定　・　実施済　]　実施日：（　　年　　月　　日　） 術式：（　　）
治療	治療（その他）：（　　）
今後の治療方針	今後の治療方針：（　　）
	治療見込み期間（入院）　開始日：（　　年　　月　　日　）　終了日：（　　年　　月　　日　） 治療見込み期間（外来）　開始日：（　　年　　月　　日　）　終了日：（　　年　　月　　日　）　通院頻度　（　　）回／月
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　（　　）

告示番号 58　内分泌疾患　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉

病名	53　17α-水酸化酵素欠損症			受付種別	□ 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) 年　月　日	体重(測定日)	kg (　SD) 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(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

身体所見		血圧：収縮期：(　　)mmHg　拡張期：(　　)mmHg　実施日：(　年　月　日)
症状	内分泌・代謝	二次性徴の欠如：[なし ・ あり]
	筋・骨格	筋力低下：[なし ・ あり]
	その他	外性器異常：[なし ・ あり] 詳細：(　　)
		症状(その他)：(　　)

臨床所見(申請時)　※直近の状況を記載

身体所見		血圧：収縮期：(　　)mmHg　拡張期：(　　)mmHg　実施日：(　年　月　日)
症状	内分泌・代謝	二次性徴の欠如：[なし ・ あり]
	筋・骨格	筋力低下：[なし ・ あり]
	その他	外性器異常：[なし ・ あり] 詳細：(　　)
		症状(その他)：(　　)

検査所見(診断時)　※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載

負荷試験	ACTH負荷試験：[未実施 ・ 実施]　実施日：(　年　月　日) デオキシコルチコステロン基礎値：(　　)ng/mL　デオキシコルチコステロン頂値：(　　)ng/mL コルチコステロン基礎値：(　　)ng/mL　コルチコステロン頂値：(　　)ng/mL
血液検査	血清Na：(　　)mEq/L　血清K：(　　)mEq/L　血清Cl：(　　)mEq/L　BUN：(　　)mg/dL 血清クレアチニン：(　　)mg/dL　ACTH：(　　)pg/mL　コルチゾール：(　　)μg/dL テストステロン：(　　)ng/mL ・ ng/dL　エストラジオール(E_2)：(　　)pg/mL　DHEA-S：(　　)ng/mL ・ μg/dL 血漿レニン活性(PRA)：(　　)ng/mL/hr ・ 未実施　血漿レニン定量(活性型)：(　　)pg/mL ・ 未実施 血漿アルドステロン：(　　)pg/mL ・ 未実施
画像検査	超音波検査またはCTまたはMRI検査(腹部)：[未実施 ・ 実施]　実施日：(　年　月　日)　副腎過形成：[なし ・ あり]
遺伝学的検査	染色体検査：[未実施 ・ 実施]　実施日：(　年　月　日) 所見：(　　)
	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施]　実施日：(　年　月　日) 所見：(　　)

検査所見(申請時)　※直近の状況を記載

負荷試験	ACTH負荷試験：[未実施 ・ 実施]　実施日：(　年　月　日) デオキシコルチコステロン基礎値：(　　)ng/mL　デオキシコルチコステロン頂値：(　　)ng/mL コルチコステロン基礎値：(　　)ng/mL　コルチコステロン頂値：(　　)ng/mL
血液検査	血清Na：(　　)mEq/L　血清K：(　　)mEq/L　血清Cl：(　　)mEq/L　BUN：(　　)mg/dL 血清クレアチニン：(　　)mg/dL　ACTH：(　　)pg/mL　コルチゾール：(　　)μg/dL テストステロン：(　　)ng/mL ・ ng/dL　エストラジオール(E_2)：(　　)pg/mL　DHEA-S：(　　)ng/mL ・ μg/dL 血漿レニン活性(PRA)：(　　)ng/mL/hr ・ 未実施　血漿レニン定量(活性型)：(　　)pg/mL ・ 未実施 血漿アルドステロン：(　　)pg/mL ・ 未実施

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

告示番号	58	内分泌疾患　（　　）　年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉	2/2

画像検査	超音波検査またはCTまたはMRI検査（腹部）：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　年　月　日）　副腎過形成：[　なし　・　あり　]
遺伝学的検査	染色体検査：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　年　月　日） 所見：（　）
	遺伝子検査：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　年　月　日） 所見：（　）
その他の所見（申請時）　※直近の状況を記載	
合併症	合併症：[　なし　・　あり　] 詳細：（　）
経過（申請時）　※直近の状況を記載	
薬物療法	補充療法：[　なし　・　あり　] 詳細：（　）
	機能抑制療法：[　なし　・　あり　] 詳細：（　）
	薬物療法（その他）：（　）
手術	手術：[　未実施　・　実施予定　・　実施済　]　実施日：（　年　月　日） 術式：（　）
治療	治療（その他）：（　）
今後の治療方針	今後の治療方針：（　）
	治療見込み期間（入院）　開始日：（　年　月　日）　終了日：（　年　月　日） 治療見込み期間（外来）　開始日：（　年　月　日）　終了日：（　年　月　日）　通院頻度　（　　）回／月
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　（　　）

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〉

病名	54　21-水酸化酵素欠損症			受付種別	□ 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) 年　月　日	体重(測定日)	kg (　SD) 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(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

診断		新生児マス・スクリーニングで発見：[なし ・ あり]
症状	全身	哺乳力低下：[なし ・ あり]　体重増加不良：[なし ・ あり]　脱水：[なし ・ あり]
	内分泌・代謝	思春期早発：[なし ・ あり]　低血糖：[なし ・ あり]
	消化器	悪心・嘔吐：[なし ・ あり]
	皮膚・粘膜	痤瘡：[なし ・ あり]　多毛症：[なし ・ あり]　色素沈着：[なし ・ あり]　早発恥毛：[なし ・ あり]
	その他	外性器異常：[なし ・ あり 詳細：(　　)
		症状(その他)：(　　)

臨床所見(申請時)　※直近の状況を記載

症状	全身	哺乳力低下：[なし ・ あり]　体重増加不良：[なし ・ あり]　脱水：[なし ・ あり]
	内分泌・代謝	思春期早発：[なし ・ あり]　低血糖：[なし ・ あり]
	消化器	悪心・嘔吐：[なし ・ あり]
	皮膚・粘膜	痤瘡：[なし ・ あり]　多毛症：[なし ・ あり]　色素沈着：[なし ・ あり]　早発恥毛：[なし ・ あり]
	その他	外性器異常：[なし ・ あり 詳細：(　　)
		症状(その他)：(　　)

検査所見(診断時)　※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載

負荷試験	ACTH負荷試験：[未実施 ・ 実施]　実施日：(　年　月　日) 17-OHプロゲステロン基礎値：(　　)ng/mL　17-OHプロゲステロン頂値：(　　)ng/mL デオキシコルチコステロン基礎値：(　　)ng/mL　デオキシコルチコステロン頂値：(　　)ng/mL
血液検査	血清Na：(　　)mEq/L　血清K：(　　)mEq/L　血清Cl：(　　)mEq/L　BUN：(　　)mg/dL 血清クレアチニン：(　　)mg/dL　ACTH：(　　)pg/mL　コルチゾール：(　　)μg/dL 血漿レニン活性(PRA)：(　　)ng/mL/hr ・ 未実施　血漿レニン定量(活性型)：(　　)pg/mL ・ 未実施 血漿アルドステロン：(　　)pg/mL ・ 未実施
画像検査	超音波検査またはCTまたはMRI検査(腹部)：[未実施 ・ 実施]　実施日：(　年　月　日)　副腎過形成：[なし ・ あり]
遺伝学的検査	染色体検査：[未実施 ・ 実施]　実施日：(　年　月　日) 所見：(　　)
	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施]　実施日：(　年　月　日) 所見：(　　)

検査所見(申請時)　※直近の状況を記載

負荷試験	ACTH負荷試験：[未実施 ・ 実施]　実施日：(　年　月　日) 17-OHプロゲステロン基礎値：(　　)ng/mL　17-OHプロゲステロン頂値：(　　)ng/mL デオキシコルチコステロン基礎値：(　　)ng/mL　デオキシコルチコステロン頂値：(　　)ng/mL

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

告示番号	59	内分泌疾患　（　　）　年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉	2/2

血液検査	血清Na：（　　）mEq/L　血清K：（　　）mEq/L　血清Cl：（　　）mEq/L　BUN：（　　）mg/dL 血清クレアチニン：（　　）mg/dL　ACTH：（　　）pg/mL　コルチゾール：（　　）μg/dL 血漿レニン活性（PRA）：（　　）ng/mL/hr　・　未実施　血漿レニン定量（活性型）：（　　）pg/mL　・　未実施 血漿アルドステロン：（　　）pg/mL　・　未実施
画像検査	超音波検査またはCTまたはMRI検査（腹部）：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　　年　　月　　日　）　副腎過形成：[　なし　・　あり　]
遺伝学的検査	染色体検査：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　　年　　月　　日　） 所見：（　　）
	遺伝子検査：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　　年　　月　　日　） 所見：（　　）
その他の所見（申請時）　※直近の状況を記載	
合併症	合併症：[　なし　・　あり　] 詳細：（　　）
経過（申請時）　※直近の状況を記載	
薬物療法	補充療法：[　なし　・　あり　] 詳細：（　　）
	機能抑制療法：[　なし　・　あり　] 詳細：（　　）
	薬物療法（その他）：（　　）
手術	手術：[　未実施　・　実施予定　・　実施済　]　実施日：（　　年　　月　　日　） 術式：（　　）
治療	治療（その他）：（　　）
今後の治療方針	今後の治療方針：（　　）
	治療見込み期間（入院）　開始日：（　　年　　月　　日　）　終了日：（　　年　　月　　日　） 治療見込み期間（外来）　開始日：（　　年　　月　　日　）　終了日：（　　年　　月　　日　）　通院頻度　（　　）回／月

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　（　　）

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〉

病名	55 P450酸化還元酵素欠損症			受付種別	□ 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) 年　月　日	体重(測定日)	kg (　SD) 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(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

診断		新生児マス・スクリーニングで発見：[なし ・ あり]
症状	内分泌・代謝	二次性徴の欠如：[なし ・ あり]
	筋・骨格	関節拘縮：[なし ・ あり]　くも状指：[なし ・ あり]
	皮膚・粘膜	色素沈着：[なし ・ あり]
	その他	外性器異常：[なし ・ あり] 詳細：(　　)
		頭蓋骨癒合症：[なし ・ あり]　顔面低形成：[なし ・ あり] 症状(その他)：(　　)

臨床所見(申請時)　※直近の状況を記載

症状	内分泌・代謝	二次性徴の欠如：[なし ・ あり]
	筋・骨格	関節拘縮：[なし ・ あり]　くも状指：[なし ・ あり]
	皮膚・粘膜	色素沈着：[なし ・ あり]
	その他	外性器異常：[なし ・ あり] 詳細：(　　)
		頭蓋骨癒合症：[なし ・ あり]　顔面低形成：[なし ・ あり] 症状(その他)：(　　)

検査所見(診断時)　※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載

負荷試験	ACTH負荷試験：[未実施 ・ 実施]　実施日：(　年　月　日) コルチゾール基礎値：(　)μg/dL　コルチゾール頂値：(　)μg/dL プレグネノロン基礎値：(　)ng/mL　プレグネノロン頂値：(　)ng/mL プロゲステロン基礎値：(　)ng/mL　プロゲステロン頂値：(　)ng/mL 17-OHプレグネノロン基礎値：(　)ng/mL　17-OHプレグネノロン基礎値頂値：(　)ng/mL 17-OHプロゲステロン基礎値：(　)ng/mL　17-OHプロゲステロン頂値：(　)ng/mL DHEA基礎値：(　)ng/mL　DHEA頂値：(　)ng/mL アンドロステンジオン基礎値：(　)ng/mL　アンドロステンジオン頂値：(　)ng/mL
血液検査	血清Na：(　)mEq/L　血清K：(　)mEq/L　血清Cl：(　)mEq/L　BUN：(　)mg/dL 血清クレアチニン：(　)mg/dL　ACTH：(　)pg/mL 血漿レニン活性(PRA)：(　)ng/mL/hr ・ 未実施　血漿レニン定量(活性型)：(　)pg/mL ・ 未実施 血漿アルドステロン：(　)pg/mL ・ 未実施
遺伝学的検査	染色体検査：[未実施 ・ 実施]　実施日：(　年　月　日) 所見：(　　)
	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施]　実施日：(　年　月　日) 所見：(　　)

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

告示番号 60　**内分泌疾患　（　　）　年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉**　

検査所見（申請時）　※直近の状況を記載	
負荷試験	ACTH負荷試験：[　未実施　・　実施　]　実施日：(　　年　　月　　日　) コルチゾール基礎値：(　　)μg/dL　コルチゾール頂値：(　　)μg/dL プレグネノロン基礎値：(　　)ng/mL　プレグネノロン頂値：(　　)ng/mL プロゲステロン基礎値：(　　)ng/mL　プロゲステロン頂値：(　　)ng/mL 17-OHプレグネノロン基礎値：(　　)ng/mL　17-OHプレグネノロン基礎値頂値：(　　)ng/mL 17-OHプロゲステロン基礎値：(　　)ng/mL　17-OHプロゲステロン頂値：(　　)ng/mL DHEA基礎値：(　　)ng/mL　DHEA頂値：(　　)ng/mL アンドロステンジオン基礎値：(　　)ng/mL　アンドロステンジオン頂値：(　　)ng/mL
血液検査	血清Na：(　　)mEq/L　血清K：(　　)mEq/L　血清Cl：(　　)mEq/L　BUN：(　　)mg/dL 血清クレアチニン：(　　)mg/dL　ACTH：(　　)pg/mL 血漿レニン活性（PRA）：(　　)ng/mL/hr　・　未実施　血漿レニン定量（活性型）：(　　)pg/mL　・　未実施 血漿アルドステロン：(　　)pg/mL　・　未実施
遺伝学的検査	染色体検査：[　未実施　・　実施　]　実施日：(　　年　　月　　日　) 所見：(　　)
	遺伝子検査：[　未実施　・　実施　]　実施日：(　　年　　月　　日　) 所見：(　　)
その他の所見（申請時）　※直近の状況を記載	
合併症	合併症：[　なし　・　あり　] 詳細：(　　)
出生歴	母体の妊娠中男性化：[　なし　・　あり　]
経過（申請時）　※直近の状況を記載	
薬物療法	補充療法：[　なし　・　あり　] 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　(　　)

告示番号 62　内分泌疾患　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉

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 （具体的な疾病名：　　）		受付種別	□ 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） 年　月　日	体重（測定日）	kg（　SD） 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（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

診断		新生児マス・スクリーニングで発見：[なし ・ あり]
身体所見		血圧：収縮期：（　　）mmHg　拡張期：（　　）mmHg　実施日：（　年　月　日）
症状	全身	哺乳力低下：[なし ・ あり]　脱水：[なし ・ あり]
	内分泌・代謝	二次性徴の欠如：[なし ・ あり]　思春期早発：[なし ・ あり]　母体の妊娠中男性化：[なし ・ あり] 低血糖：[なし ・ あり]
	呼吸器・循環器	ショック：[なし ・ あり]
	消化器	悪心・嘔吐：[なし ・ あり]
	皮膚・粘膜	色素沈着：[なし ・ あり]
	精神・神経	意識障害：[なし ・ あり ・ 不明]
	その他	外性器異常：[なし ・ あり 詳細：（　　）
		症状（その他）：（　　）

臨床所見（申請時）　※直近の状況を記載

身体所見		血圧：収縮期：（　　）mmHg　拡張期：（　　）mmHg　実施日：（　年　月　日）
症状	全身	哺乳力低下：[なし ・ あり]　脱水：[なし ・ あり]
	内分泌・代謝	二次性徴の欠如：[なし ・ あり]　思春期早発：[なし ・ あり]　母体の妊娠中男性化：[なし ・ あり] 低血糖：[なし ・ あり]
	呼吸器・循環器	ショック：[なし ・ あり]
	消化器	悪心・嘔吐：[なし ・ あり]
	皮膚・粘膜	色素沈着：[なし ・ あり]
	精神・神経	意識障害：[なし ・ あり ・ 不明]
	その他	外性器異常：[なし ・ あり 詳細：（　　）
		症状（その他）：（　　）

検査所見（診断時）　※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載

負荷試験	ACTH負荷試験：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　年　月　日）	
	コルチゾール基礎値：（　　）μg/dL	コルチゾール頂値：（　　）μg/dL
	プレグネノロン基礎値：（　　）ng/mL	プレグネノロン頂値：（　　）ng/mL
	プロゲステロン基礎値：（　　）ng/mL	プロゲステロン頂値：（　　）ng/mL
	17-OHプレグネノロン基礎値：（　　）ng/mL	17-OHプレグネノロン基礎値頂値：（　　）ng/mL
	17-OHプロゲステロン基礎値：（　　）ng/mL	17-OHプロゲステロン頂値：（　　）ng/mL
	DHEA基礎値：（　　）ng/mL	DHEA頂値：（　　）ng/mL
	アンドロステンジオン基礎値：（　　）ng/mL	アンドロステンジオン頂値：（　　）ng/mL
	デオキシコルチコステロン基礎値：（　　）ng/mL	デオキシコルチコステロン頂値：（　　）ng/mL
	コルチコステロン基礎値：（　　）ng/mL	コルチコステロン頂値：（　　）ng/mL

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

告示番号 62　**内分泌疾患　（　　）　年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉**　**2/2**

尿検査	尿中アルドステロン：（　　）μg/day　尿中遊離コルチゾール：（　　）μg/day・未実施
血液検査	血清Na：（　　）mEq/L　血清K：（　　）mEq/L　血清Cl：（　　）mEq/L　BUN：（　　）mg/dL 血清クレアチニン：（　　）mg/dL　ACTH：（　　）pg/mL 血漿レニン活性（PRA）：（　　）ng/mL/hr　・　未実施　血漿レニン定量（活性型）：（　　）pg/mL　・　未実施 血漿アルドステロン：（　　）pg/mL　・　未実施
画像検査	超音波検査またはCTまたはMRI検査（腹部）：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　　年　　月　　日　）　副腎過形成：[　なし　・　あり　]
遺伝学的検査	染色体検査：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　　年　　月　　日　） 所見：（　　）
	遺伝子検査：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　　年　　月　　日　） 所見：（　　）
検査所見（申請時）　※直近の状況を記載	
負荷試験	ACTH負荷試験：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　　年　　月　　日　） コルチゾール基礎値：（　　）μg/dL　コルチゾール頂値：（　　）μg/dL プレグネノロン基礎値：（　　）ng/mL　プレグネノロン頂値：（　　）ng/mL プロゲステロン基礎値：（　　）ng/mL　プロゲステロン頂値：（　　）ng/mL 17-OHプレグネノロン基礎値：（　　）ng/mL　17-OHプレグネノロン基礎値頂値：（　　）ng/mL 17-OHプロゲステロン基礎値：（　　）ng/mL　17-OHプロゲステロン頂値：（　　）ng/mL DHEA基礎値：（　　）ng/mL　DHEA頂値：（　　）ng/mL アンドロステンジオン基礎値：（　　）ng/mL　アンドロステンジオン頂値：（　　）ng/mL デオキシコルチコステロン基礎値：（　　）ng/mL　デオキシコルチコステロン頂値：（　　）ng/mL コルチコステロン基礎値：（　　）ng/mL　コルチコステロン頂値：（　　）ng/mL
尿検査	尿中アルドステロン：（　　）μg/day　尿中遊離コルチゾール：（　　）μg/day・未実施
血液検査	血清Na：（　　）mEq/L　血清K：（　　）mEq/L　血清Cl：（　　）mEq/L　BUN：（　　）mg/dL 血清クレアチニン：（　　）mg/dL　ACTH：（　　）pg/mL 血漿レニン活性（PRA）：（　　）ng/mL/hr　・　未実施　血漿レニン定量（活性型）：（　　）pg/mL　・　未実施 血漿アルドステロン：（　　）pg/mL　・　未実施
画像検査	超音波検査またはCTまたはMRI検査（腹部）：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　　年　　月　　日　）　副腎過形成：[　なし　・　あり　]
遺伝学的検査	染色体検査：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　　年　　月　　日　） 所見：（　　）
	遺伝子検査：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　　年　　月　　日　） 所見：（　　）
その他の所見（申請時）　※直近の状況を記載	
合併症	合併症：[　なし　・　あり　] 詳細：（　　）
経過（申請時）　※直近の状況を記載	
薬物療法	補充療法：[　なし　・　あり　] 詳細：（　　）
	機能抑制療法：[　なし　・　あり　] 詳細：（　　）
	薬物療法（その他）：（　　）
手術	手術：[　未実施　・　実施予定　・　実施済　]　実施日：（　　年　　月　　日　） 術式：（　　）
治療	治療（その他）：（　　）
今後の治療方針	今後の治療方針：（　　）
	治療見込み期間（入院）　開始日：（　　年　　月　　日　）　終了日：（　　年　　月　　日　） 治療見込み期間（外来）　開始日：（　　年　　月　　日　）　終了日：（　　年　　月　　日　）　通院頻度　（　　）回／月
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　（　　）

病名	57 ゴナドトロピン依存性思春期早発症			受付種別	□ 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) 年　月　日	体重(測定日)	kg (　SD) 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(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	著明な身長の増加：[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	著明な身長の増加：[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_2)：(　　)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_2)：(　　)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　（　　）

病名	58 ゴナドトロピン非依存性思春期早発症			受付種別	□ 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) 年　月　日	体重(測定日)	kg (　SD) 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(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	著明な身長の増加：[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	著明な身長の増加：[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_2)：(　　)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_2)：(　　)pg/mL

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

告示番号 38　**内分泌疾患　（　　）　年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉**　**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　（　　）

告示番号	3	内分泌疾患　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉	1/2

病名	59 エストロゲン過剰症(ゴナドトロピン依存性思春期早発症及びゴナドトロピン非依存性思春期早発症を除く。)			受付種別	□ 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) 年　月　日	体重(測定日)	kg (　SD) 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(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	著明な身長の増加：[なし ・ あり]
	内分泌・代謝	思春期早発：[なし ・ あり]　不正性器出血(女子のみ)：[なし ・ あり]　巨大乳房(女子のみ)：[なし ・ あり] 女性化乳房(男子のみ)：[なし ・ あり]
	その他	症状(その他)：(　　)

臨床所見(申請時)　※直近の状況を記載

二次性徴(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	著明な身長の増加：[なし ・ あり]
	内分泌・代謝	思春期早発：[なし ・ あり]　不正性器出血(女子のみ)：[なし ・ あり]　巨大乳房(女子のみ)：[なし ・ あり] 女性化乳房(男子のみ)：[なし ・ あり]
	その他	症状(その他)：(　　)

検査所見(診断時)　※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載

血液検査	テストステロン：(　　)ng/mL ・ ng/dLL　エストラジオール(E_2)：(　　)pg/mL LH：(　　)mIU/mL　FSH：(　　)mIU/mL
骨年齢	骨年齢 ：[未実施 ・ 実施]　実施日：(　年　月　日)　骨年齢：(　歳　か月)
画像検査	CTまたはMRI検査(頭部)：[未実施 ・ 実施]　実施日：(　年　月　日) 所見：(　　)
	CTまたはMRI検査(胸部)：[未実施 ・ 実施]　実施日：(　年　月　日) 所見：(　　)
	CTまたはMRI検査(腹部)：[未実施 ・ 実施]　実施日：(　年　月　日) 所見：(　　)
遺伝学的検査	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施]　実施日：(　年　月　日) 所見：(　　)
検査所見(その他)	検査所見(その他)：(　　)

検査所見(申請時)　※直近の状況を記載

血液検査	テストステロン：(　　)ng/mL ・ ng/dLL　エストラジオール(E_2)：(　　)pg/mL LH：(　　)mIU/mL　FSH：(　　)mIU/mL

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

告示番号	3	内分泌疾患　（　　）　年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉	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	CTまたはMRI検査（頭部）：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　年　月　日　） 所見：（　）
	CTまたはMRI検査（胸部）：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　年　月　日　） 所見：（　）
	CTまたはMRI検査（腹部）：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　年　月　日　） 所見：（　）
遺伝学的検査	遺伝子検査：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　年　月　日　） 所見：（　）
検査所見（その他）	検査所見（その他）：（　）
その他の所見（申請時）　※直近の状況を記載	
合併症	合併症：[　なし　・　あり　] 詳細：（　）
経過（申請時）　※直近の状況を記載	
薬物療法	補充療法：[　なし　・　あり　] 詳細：（　）
	機能抑制療法：[　なし　・　あり　] 詳細：（　）
	薬物療法（その他）：（　）
手術	手術：[　未実施　・　実施予定　・　実施済　]　実施日：（　年　月　日　） 術式：（　）
治療	治療（その他）：（　）
今後の治療方針	今後の治療方針：（　）
	治療見込み期間（入院）　開始日：（　年　月　日　）　終了日：（　年　月　日　） 治療見込み期間（外来）　開始日：（　年　月　日　）　終了日：（　年　月　日　）　通院頻度　（　）回／月
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　（　　）

告示番号 2　内分泌疾患　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉

病名	60 アンドロゲン過剰症（ゴナドトロピン依存性思春期早発症及びゴナドトロピン非依存性思春期早発症を除く。）			受付種別	□ 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） 年　月　日	体重（測定日）	kg（　SD） 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（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	内分泌・代謝	二次性徴の欠如：[なし ・ あり]　思春期早発：[なし ・ あり]　月経不順（女子のみ）：[なし ・ あり] 無月経（女子のみ）：[なし ・ あり]　陰核肥大（女子のみ）：[なし ・ あり]　進行性の男性化徴候（女子のみ）：[なし ・ あり]
	皮膚・粘膜	多毛症：[なし ・ あり]
	その他	外性器異常：[なし ・ あり]　声の低音化：[なし ・ あり] 症状（その他）：（　　）

臨床所見（申請時）　※直近の状況を記載

二次性徴（Tanner分類）		二次性徴：[なし ・ あり]　思春期開始年齢：（　歳　か月 ） 乳房発育（女子のみ）：[Ⅰ ・ Ⅱ ・ Ⅲ ・ Ⅳ ・ Ⅴ]　年齢（発現時）：（　歳　か月 ） 陰毛発育（男女共）：[Ⅰ ・ Ⅱ ・ Ⅲ ・ Ⅳ ・ Ⅴ]　年齢（発現時）：（　歳　か月 ） 外性器発達（男子のみ）：[Ⅰ ・ Ⅱ ・ Ⅲ ・ Ⅳ ・ Ⅴ]　年齢（発現時）：（　歳　か月 ）　精巣容量：（　　）mL
症状	内分泌・代謝	二次性徴の欠如：[なし ・ あり]　思春期早発：[なし ・ あり]　月経不順（女子のみ）：[なし ・ あり] 無月経（女子のみ）：[なし ・ あり]　陰核肥大（女子のみ）：[なし ・ あり]　進行性の男性化徴候（女子のみ）：[なし ・ あり]
	皮膚・粘膜	多毛症：[なし ・ あり]
	その他	外性器異常：[なし ・ あり]　声の低音化：[なし ・ あり] 症状（その他）：（　　）

検査所見（診断時）　※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載

血液検査	テストステロン：（　　）ng/mL ・ ng/dL　エストラジオール（E_2）：（　　）pg/mL ACTH：（　　）pg/mL　LH：（　　）mIU/mL　FSH：（　　）mIU/mL　17-OHP：（　　）ng/mL TSH：（　　）μIU/mL　free T_3：（　　）pg/mL　free T_4：（　　）ng/dL
骨年齢	骨年齢 ：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　年　月　日 ）　骨年齢：（　歳　か月 ）
画像検査	CTまたはMRI検査（頭部）：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　年　月　日 ） 所見：（　　）
	CTまたはMRI検査（胸部）：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　年　月　日 ） 所見：（　　）
	CTまたはMRI検査（腹部）：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　年　月　日 ） 所見：（　　）
遺伝学的検査	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　年　月　日 ） エストロジェン合成酵素（アロマターゼ）遺伝子CYP19A1異常：[なし ・ あり] POR遺伝子（P450oxidoreductase）異常：[なし ・ あり] 遺伝子異常（その他）：（　　）
検査所見（その他）	検査所見（その他）：（　　）

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

告示番号 2　**内分泌疾患　（　　）　年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉**　

検査所見（申請時）　※直近の状況を記載	
血液検査	テストステロン：（　　）ng/mL　・　ng/dL　エストラジオール（E_2）：（　　）pg/mL ACTH：（　　）pg/mL　LH：（　　）mIU/mL　FSH：（　　）mIU/mL　17-OHP：（　　）ng/mL TSH：（　　）μIU/mL　free T_3：（　　）pg/mL　free T_4：（　　）ng/dL
骨年齢	骨年齢　：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　　年　　月　　日　）　骨年齢：（　　歳　　か月　）
画像検査	CTまたはMRI検査（頭部）：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　　年　　月　　日　） 所見：（　　）
	CTまたはMRI検査（胸部）：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　　年　　月　　日　） 所見：（　　）
	CTまたはMRI検査（腹部）：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　　年　　月　　日　） 所見：（　　）
遺伝学的検査	遺伝子検査：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　　年　　月　　日　） エストロジェン合成酵素（アロマターゼ）遺伝子CYP19A1異常：[　なし　・　あり　] POR遺伝子（P450oxidoreductase）異常：[　なし　・　あり　] 遺伝子異常（その他）：（　　）
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	多嚢胞性卵巣症候群（PCOS）：[　なし　・　あり　] 合併症（その他）：（　　）

経過（申請時）　※直近の状況を記載	
薬物療法	補充療法：[　なし　・　あり　] 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　（　　）

告示番号 71　内分泌疾患　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉

病名	61　カルマン（Kallmann）症候群			受付種別	□ 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） 年　月　日	体重（測定日）	kg（　SD） 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（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	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] 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] 症状（その他）：（　　）

臨床所見（申請時）　※直近の状況を記載

二次性徴（Tanner分類）		二次性徴：[なし ・ あり]　思春期開始年齢：（　歳　か月） 乳房発育（女子のみ）：[Ⅰ ・ Ⅱ ・ Ⅲ ・ Ⅳ ・ Ⅴ]　年齢（発現時）：（　歳　か月） 陰毛発育（男女共）：[Ⅰ ・ Ⅱ ・ Ⅲ ・ Ⅳ ・ Ⅴ]　年齢（発現時）：（　歳　か月） 外性器発達（男子のみ）：[Ⅰ ・ Ⅱ ・ Ⅲ ・ Ⅳ ・ Ⅴ]　年齢（発現時）：（　歳　か月）　精巣容量：（　　）mL
症状	内分泌・代謝	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] 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] 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_2）：（　　）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：（　　）
耳鼻咽喉科学的検査	嗅覚検査：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　年　月　日） 所見：（　　）

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

遺伝学的検査	遺伝子検査：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　年　月　日　） 所見：（　）
検査所見（その他）	検査所見（その他）：（　）
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_2）：（　）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：（　）
耳鼻咽喉科学的検査	嗅覚検査：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　年　月　日　） 所見：（　）
遺伝学的検査	遺伝子検査：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　年　月　日　） 所見：（　）
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　（　　）

告示番号 72　内分泌疾患　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉

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	□ 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） 年　月　日	体重(測定日)	kg（　SD） 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（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	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] 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] 症状（その他）：(　　)

臨床所見（申請時）　※直近の状況を記載

二次性徴(Tanner分類)		二次性徴：[なし ・ あり]　思春期開始年齢：(　歳　か月) 乳房発育（女子のみ）：[Ⅰ ・ Ⅱ ・ Ⅲ ・ Ⅳ ・ Ⅴ]　年齢（発現時）：(　歳　か月) 陰毛発育（男女共）：[Ⅰ ・ Ⅱ ・ Ⅲ ・ Ⅳ ・ Ⅴ]　年齢（発現時）：(　歳　か月) 外性器発達（男子のみ）：[Ⅰ ・ Ⅱ ・ Ⅲ ・ Ⅳ ・ Ⅴ]　年齢（発現時）：(　歳　か月)　精巣容量：(　　)mL
症状	内分泌・代謝	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] 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] 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_2）：(　　)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：(　　)
耳鼻咽喉科学的検査	嗅覚検査：[未実施 ・ 実施]　実施日：(　年　月　日) 所見：(　　)

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

遺伝学的検査	遺伝子検査：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　年　月　日　） 所見：（　）
検査所見（その他）	検査所見（その他）：（　）
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_2）：（　）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：（　）
耳鼻咽喉科学的検査	嗅覚検査：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　年　月　日　） 所見：（　）
遺伝学的検査	遺伝子検査：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　年　月　日　） 所見：（　）
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　（　　）

告示番号 20　内分泌疾患　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉

病名	63 精巣形成不全			受付種別	□ 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) 年　月　日	体重(測定日)	kg (　SD) 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(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	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] 小陰茎(男子のみ)：[なし ・ あり]　骨年齢遅延：[なし ・ あり]
	腎・泌尿器	停留精巣：[なし ・ あり]　部位：[腹腔内 ・ 鼠蹊部 ・ 陰嚢内]　尿道下裂：[なし ・ あり]
	その他	外性器異常：[なし ・ あり] 症状(その他)：(　　)

臨床所見(申請時)　※直近の状況を記載

二次性徴(Tanner分類)		二次性徴：[なし ・ あり]　思春期開始年齢：(歳 か月) 乳房発育(女子のみ)：[Ⅰ ・ Ⅱ ・ Ⅲ ・ Ⅳ ・ Ⅴ]　年齢(発現時)：(歳 か月) 陰毛発育(男女共)：[Ⅰ ・ Ⅱ ・ Ⅲ ・ Ⅳ ・ Ⅴ]　年齢(発現時)：(歳 か月) 外性器発達(男子のみ)：[Ⅰ ・ Ⅱ ・ Ⅲ ・ Ⅳ ・ Ⅴ]　年齢(発現時)：(歳 か月)　精巣容量：( )mL
症状	内分泌・代謝	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] 小陰茎(男子のみ)：[なし ・ あり]　骨年齢遅延：[なし ・ あり]
	腎・泌尿器	停留精巣：[なし ・ あり]　部位：[腹腔内 ・ 鼠蹊部 ・ 陰嚢内]　尿道下裂：[なし ・ あり]
	その他	外性器異常：[なし ・ あり] 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
	hCG負荷試験：[未実施 ・ 実施]　実施日：(年 月 日) テストステロン基礎値：( )ng/mL ・ ng/dL　テストステロン頂値：( )ng/mL ・ ng/dL
血液検査	エストラジオール(E_2)：( )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：(　　)

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

耳鼻咽喉科学的検査	嗅覚検査：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　年　月　日　） 所見：（　）
遺伝学的検査	遺伝子検査：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　年　月　日　） 所見：（　）
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
	hCG負荷試験：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　年　月　日　） テストステロン基礎値：（　）ng/mL　・　ng/dL　テストステロン頂値：（　）ng/mL　・　ng/dL
血液検査	エストラジオール（E_2）：（　）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：（　）
耳鼻咽喉科学的検査	嗅覚検査：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　年　月　日　） 所見：（　）
遺伝学的検査	遺伝子検査：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　年　月　日　） 所見：（　）
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　（　）

病名	64 卵巣形成不全			受付種別	□ 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) 年　月　日	体重(測定日)	kg (　SD) 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(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	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] 月経不順(女子のみ)：[なし ・ あり]　無月経(女子のみ)：[なし ・ あり]　骨年齢遅延：[なし ・ あり]
	その他	外性器異常：[なし ・ あり] 症状(その他)：(　　)

臨床所見(申請時)　※直近の状況を記載

二次性徴(Tanner分類)		二次性徴：[なし ・ あり]　思春期開始年齢：(　歳　か月) 乳房発育(女子のみ)：[Ⅰ ・ Ⅱ ・ Ⅲ ・ Ⅳ ・ Ⅴ]　年齢(発現時)：(　歳　か月) 陰毛発育(男女共)：[Ⅰ ・ Ⅱ ・ Ⅲ ・ Ⅳ ・ Ⅴ]　年齢(発現時)：(　歳　か月) 外性器発達(男子のみ)：[Ⅰ ・ Ⅱ ・ Ⅲ ・ Ⅳ ・ Ⅴ]　年齢(発現時)：(　歳　か月)　精巣容量：(　　)mL
症状	内分泌・代謝	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] 月経不順(女子のみ)：[なし ・ あり]　無月経(女子のみ)：[なし ・ あり]　骨年齢遅延：[なし ・ あり]
	その他	外性器異常：[なし ・ あり] 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
	hMG(FSH)負荷試験：[未実施 ・ 実施]　実施日：(　年　月　日) エストラジオール(E_2)基礎値：(　　)pg/mL　エストラジオール(E_2)頂値：(　　)pg/mL
血液検査	テストステロン：(　　)ng/mL ・ ng/dL
骨年齢	骨年齢 ：[未実施 ・ 実施]　実施日：(　年　月　日)　骨年齢：(　歳　か月)
画像検査	超音波検査(腹部)：[未実施 ・ 実施]　実施日：(　年　月　日) 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：(　　)
耳鼻咽喉科学的検査	嗅覚検査：[未実施 ・ 実施]　実施日：(　年　月　日) 所見：(　　)
遺伝学的検査	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施]　実施日：(　年　月　日) 所見：(　　)

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

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
	hMG（FSH）負荷試験：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　年　月　日　） エストラジオール（E_2）基礎値：（　　）pg/mL　エストラジオール（E_2）頂値：（　　）pg/mL
血液検査	テストステロン：（　　）ng/mL　・　ng/dL
骨年齢	骨年齢　：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　年　月　日　）　骨年齢：（　歳　か月　）
画像検査	超音波検査（腹部）：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　年　月　日　） 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：（　　）
耳鼻咽喉科学的検査	嗅覚検査：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　年　月　日　） 所見：（　　）
遺伝学的検査	遺伝子検査：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　年　月　日　） 所見：（　　）
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　（　　）

告示番号 22　内分泌疾患　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉

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 （具体的な疾病名：　　）		受付種別	□ 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） 年　月　日	体重（測定日）	kg（　SD） 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（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	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] 月経不順（女子のみ）：[なし ・ あり]　無月経（女子のみ）：[なし ・ あり]　小陰茎（男子のみ）：[なし ・ あり] 骨年齢遅延：[なし ・ あり]
	その他	外性器異常：[なし ・ あり] 症状（その他）：（　　）

臨床所見（申請時）　※直近の状況を記載

二次性徴（Tanner分類）	二次性徴：[なし ・ あり]　思春期開始年齢：（　歳　か月）	
	乳房発育（女子のみ）：[Ⅰ ・ Ⅱ ・ Ⅲ ・ Ⅳ ・ Ⅴ]　年齢（発現時）：（　歳　か月）	
	陰毛発育（男女共）：[Ⅰ ・ Ⅱ ・ Ⅲ ・ Ⅳ ・ Ⅴ]　年齢（発現時）：（　歳　か月）	
	外性器発達（男子のみ）：[Ⅰ ・ Ⅱ ・ Ⅲ ・ Ⅳ ・ Ⅴ]　年齢（発現時）：（　歳　か月）　精巣容量：（　　）mL	
症状	内分泌・代謝	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] 月経不順（女子のみ）：[なし ・ あり]　無月経（女子のみ）：[なし ・ あり]　小陰茎（男子のみ）：[なし ・ あり] 骨年齢遅延：[なし ・ あり]
	その他	外性器異常：[なし ・ あり] 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
	hCG負荷試験：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　年　月　日） テストステロン基礎値：（　　）ng/mL ・ ng/dL　テストステロン頂値：（　　）ng/mL ・ ng/dL
	hMG（FSH）負荷試験：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　年　月　日） エストラジオール（E_2）基礎値：（　　）pg/mL　エストラジオール（E_2）頂値：（　　）pg/mL
骨年齢	骨年齢 ：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　年　月　日）　骨年齢：（　歳　か月）
画像検査	超音波検査（腹部）：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　年　月　日） 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：（　　）
耳鼻咽喉科学的検査	嗅覚検査：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　年　月　日） 所見：（　　）

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

遺伝学的検査	遺伝子検査：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　年　月　日　） 所見：（　）
検査所見（その他）	検査所見（その他）：（　）
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
	hCG負荷試験：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　年　月　日　） テストステロン基礎値：（　）ng/mL　・　ng/dL　テストステロン頂値：（　）ng/mL　・　ng/dL
	hMG（FSH）負荷試験：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　年　月　日　） エストラジオール（E_2）基礎値：（　）pg/mL　エストラジオール（E_2）頂値：（　）pg/mL
骨年齢	骨年齢　：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　年　月　日　）　骨年齢：（　歳　か月　）
画像検査	超音波検査（腹部）：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　年　月　日　） 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：（　）
耳鼻咽喉科学的検査	嗅覚検査：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　年　月　日　） 所見：（　）
遺伝学的検査	遺伝子検査：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　年　月　日　） 所見：（　）
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　（　　）

病名	66 卵精巣性性分化疾患			受付種別	□ 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) 年　月　日	体重(測定日)	kg (　SD) 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(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	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] 月経不順(女子のみ)：[なし ・ あり]　無月経(女子のみ)：[なし ・ あり]　小陰茎(男子のみ)：[なし ・ あり] 女性化乳房(男子のみ)：[なし ・ あり]　骨年齢遅延：[なし ・ あり]
	腎・泌尿器	停留精巣：[なし ・ あり]　部位：[腹腔内 ・ 鼠蹊部 ・ 陰嚢内]　尿道下裂：[なし ・ あり]
	その他	外性器異常：[なし ・ あり] 症状(その他)：(　　)

臨床所見(申請時)　※直近の状況を記載

二次性徴(Tanner分類)		二次性徴：[なし ・ あり]　思春期開始年齢：(　歳　か月) 乳房発育(女子のみ)：[Ⅰ ・ Ⅱ ・ Ⅲ ・ Ⅳ ・ Ⅴ]　年齢(発現時)：(　歳　か月) 陰毛発育(男女共)：[Ⅰ ・ Ⅱ ・ Ⅲ ・ Ⅳ ・ Ⅴ]　年齢(発現時)：(　歳　か月) 外性器発達(男子のみ)：[Ⅰ ・ Ⅱ ・ Ⅲ ・ Ⅳ ・ Ⅴ]　年齢(発現時)：(　歳　か月)　精巣容量：(　　)mL
症状	内分泌・代謝	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] 月経不順(女子のみ)：[なし ・ あり]　無月経(女子のみ)：[なし ・ あり]　小陰茎(男子のみ)：[なし ・ あり] 女性化乳房(男子のみ)：[なし ・ あり]　骨年齢遅延：[なし ・ あり]
	腎・泌尿器	停留精巣：[なし ・ あり]　部位：[腹腔内 ・ 鼠蹊部 ・ 陰嚢内]　尿道下裂：[なし ・ あり]
	その他	外性器異常：[なし ・ あり] 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
	hCG負荷試験：[未実施 ・ 実施]　実施日：(　年　月　日) テストステロン基礎値：(　　)ng/mL ・ ng/dL　テストステロン頂値：(　　)ng/mL ・ ng/dL
	hMG(FSH)負荷試験：[未実施 ・ 実施]　実施日：(　年　月　日) エストラジオール(E_2)基礎値：(　　)pg/mL　エストラジオール(E_2)頂値：(　　)pg/mL
尿検査	尿中ステロイド分析：(　　)
血液検査	テストステロン：(　　)ng/mL ・ ng/dL　エストラジオール(E_2)：(　　)pg/mL　DHEA-S：(　　)ng/mL ・ μg/dL DHEA：(　　)ng/mL　LH：(　　)mIU/mL　FSH：(　　)mIU/mL テストステロン／ジヒドロテストステロン比：(　　)　アンドロステンジオン：(　　)ng/mL
病理検査	性腺組織生検：[未実施 ・ 実施]　実施日：(　年　月　日)　性腺所見：卵精巣：[両側 ・ 片側]
画像検査	超音波検査またはCTまたはMRI検査(腹部)：[未実施 ・ 実施]　実施日：(　年　月　日)　子宮の存在：[なし ・ あり]

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

遺伝学的検査	染色体検査：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　年　月　日　） 所見：（　）
	遺伝子検査：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　年　月　日　）　SRY遺伝子：[　なし　・　あり　] 遺伝子異常（その他）：（　）
検査所見（申請時）　※直近の状況を記載	
負荷試験	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
	hCG負荷試験：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　年　月　日　） テストステロン基礎値：（　）ng/mL　・　ng/dL　テストステロン頂値：（　）ng/mL　・　ng/dL
	hMG（FSH）負荷試験：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　年　月　日　） エストラジオール（E_2）基礎値：（　）pg/mL　エストラジオール（E_2）頂値：（　）pg/mL
尿検査	尿中ステロイド分析：（　）
血液検査	テストステロン：（　）ng/mL　・　ng/dL　エストラジオール（E_2）：（　）pg/mL　DHEA-S：（　）ng/mL　・　μg/dL DHEA：（　）ng/mL　LH：（　）mIU/mL　FSH：（　）mIU/mL テストステロン／ジヒドロテストステロン比：（　）　アンドロステンジオン：（　）ng/mL
病理検査	性腺組織生検：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　年　月　日　）　性腺所見：卵精巣：[　両側　・　片側　]
画像検査	超音波検査またはCTまたはMRI検査（腹部）：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　年　月　日　）　子宮の存在：[　なし　・　あり　]
遺伝学的検査	染色体検査：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　年　月　日　） 所見：（　）
	遺伝子検査：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　年　月　日　）　SRY遺伝子：[　なし　・　あり　] 遺伝子異常（その他）：（　）
その他の所見（申請時）　※直近の状況を記載	
合併症	性腺腫瘍：[　なし　・　あり　] 合併症（その他）：（　）
経過（申請時）　※直近の状況を記載	
薬物療法	補充療法：[　なし　・　あり　] 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　（　）

病名	67 混合性性腺異形成症			受付種別	□ 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) 年　月　日	体重(測定日)	kg (　SD) 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(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
診断		GH分泌不全症：[なし ・ あり]
症状	全身	低身長(−2.0SD以下)：[なし ・ あり]
	内分泌・代謝	二次性徴の欠如または進行不全：[なし ・ あり]　月経異常(女子のみ)：[なし ・ あり]　不妊(女子のみ)：[なし ・ あり] 月経不順(女子のみ)：[なし ・ あり]　無月経(女子のみ)：[なし ・ あり]　陰核肥大(女子のみ)：[なし ・ あり] 陰唇癒合(女子のみ)：[なし ・ あり]　小陰茎(男子のみ)：[なし ・ あり]　女性化乳房(男子のみ)：[なし ・ あり] 骨年齢遅延：[なし ・ あり]
	腎・泌尿器	停留精巣：[なし ・ あり]　部位：[腹腔内 ・ 鼠蹊部 ・ 陰嚢内]　尿道下裂：[なし ・ あり]
	その他	外性器異常：[なし ・ あり] 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
診断		GH分泌不全症：[なし ・ あり]
症状	全身	低身長(−2.0SD以下)：[なし ・ あり]
	内分泌・代謝	二次性徴の欠如または進行不全：[なし ・ あり]　月経異常(女子のみ)：[なし ・ あり]　不妊(女子のみ)：[なし ・ あり] 月経不順(女子のみ)：[なし ・ あり]　無月経(女子のみ)：[なし ・ あり]　陰核肥大(女子のみ)：[なし ・ あり] 陰唇癒合(女子のみ)：[なし ・ あり]　小陰茎(男子のみ)：[なし ・ あり]　女性化乳房(男子のみ)：[なし ・ あり] 骨年齢遅延：[なし ・ あり]
	腎・泌尿器	停留精巣：[なし ・ あり]　部位：[腹腔内 ・ 鼠蹊部 ・ 陰嚢内]　尿道下裂：[なし ・ あり]
	その他	外性器異常：[なし ・ あり] 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
	hCG負荷試験：[未実施 ・ 実施]　実施日：(　年　月　日) テストステロン基礎値：(　　)ng/mL ・ ng/dL　テストステロン頂値：(　　)ng/mL ・ ng/dL
尿検査	尿中ステロイド分析：(　　)

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

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〉

血液検査	テストステロン：（　　）ng/mL　・　ng/dL　エストラジオール（E_2）：（　　）pg/mL　DHEA-S：（　　）ng/mL　・　μg/dL DHEA：（　　）ng/mL　LH：（　　）mIU/mL　FSH：（　　）mIU/mL テストステロン/ジヒドロテストステロン比：（　　）　アンドロステンジオン：（　　）ng/mL
病理検査	性腺組織生検：［　未実施　・　実施　］　実施日：（　　年　　月　　日　）　片側精巣・片側索状性腺：［　なし　・　あり　］
画像検査	超音波検査またはCTまたはMRI検査（腹部）：［　未実施　・　実施　］　実施日：（　　年　　月　　日　）　子宮の存在：［　なし　・　あり　］
遺伝学的検査	染色体検査：［　未実施　・　実施　］　実施日：（　　年　　月　　日　） 所見：（　　）
	遺伝子検査：［　未実施　・　実施　］　実施日：（　　年　　月　　日　）　SRY遺伝子：［　なし　・　あり　］ 遺伝子異常（その他）：（　　）

検査所見（申請時）　※直近の状況を記載

負荷試験	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
	hCG負荷試験：［　未実施　・　実施　］　実施日：（　　年　　月　　日　） テストステロン基礎値：（　　）ng/mL　・　ng/dL　テストステロン頂値：（　　）ng/mL　・　ng/dL
尿検査	尿中ステロイド分析：（　　）
血液検査	テストステロン：（　　）ng/mL　・　ng/dL　エストラジオール（E_2）：（　　）pg/mL　DHEA-S：（　　）ng/mL　・　μg/dL DHEA：（　　）ng/mL　LH：（　　）mIU/mL　FSH：（　　）mIU/mL テストステロン/ジヒドロテストステロン比：（　　）　アンドロステンジオン：（　　）ng/mL
病理検査	性腺組織生検：［　未実施　・　実施　］　実施日：（　　年　　月　　日　）　片側精巣・片側索状性腺：［　なし　・　あり　］
画像検査	超音波検査またはCTまたはMRI検査（腹部）：［　未実施　・　実施　］　実施日：（　　年　　月　　日　）　子宮の存在：［　なし　・　あり　］
遺伝学的検査	染色体検査：［　未実施　・　実施　］　実施日：（　　年　　月　　日　） 所見：（　　）
	遺伝子検査：［　未実施　・　実施　］　実施日：（　　年　　月　　日　）　SRY遺伝子：［　なし　・　あり　］ 遺伝子異常（その他）：（　　）

その他の所見（申請時）　※直近の状況を記載

合併症	性腺腫瘍：［　なし　・　あり　］ 合併症（その他）：（　　）

経過（申請時）　※直近の状況を記載

薬物療法	補充療法：［　なし　・　あり　］ 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　（　　）

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〉

病名	68　5α-還元酵素欠損症			受付種別	□ 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) 年　月　日	体重(測定日)	kg (　SD) 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(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	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] 月経不順(女子のみ)：[なし ・ あり]　無月経(女子のみ)：[なし ・ あり]　陰核肥大(女子のみ)：[なし ・ あり] 陰唇癒合(女子のみ)：[なし ・ あり]　小陰茎(男子のみ)：[なし ・ あり]　骨年齢遅延：[なし ・ あり]
	腎・泌尿器	停留精巣：[なし ・ あり]　部位：[腹腔内 ・ 鼠蹊部 ・ 陰嚢内]　尿道下裂：[なし ・ あり]
	その他	外性器異常：[なし ・ あり] 症状(その他)：(　　)

臨床所見(申請時)　※直近の状況を記載

二次性徴(Tanner分類)		二次性徴：[なし ・ あり]　思春期開始年齢：(　歳　か月) 乳房発育(女子のみ)：[Ⅰ ・ Ⅱ ・ Ⅲ ・ Ⅳ ・ Ⅴ]　年齢(発現時)：(　歳　か月) 陰毛発育(男女共)：[Ⅰ ・ Ⅱ ・ Ⅲ ・ Ⅳ ・ Ⅴ]　年齢(発現時)：(　歳　か月) 外性器発達(男子のみ)：[Ⅰ ・ Ⅱ ・ Ⅲ ・ Ⅳ ・ Ⅴ]　年齢(発現時)：(　歳　か月)　精巣容量：(　　)mL
症状	内分泌・代謝	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] 月経不順(女子のみ)：[なし ・ あり]　無月経(女子のみ)：[なし ・ あり]　陰核肥大(女子のみ)：[なし ・ あり] 陰唇癒合(女子のみ)：[なし ・ あり]　小陰茎(男子のみ)：[なし ・ あり]　骨年齢遅延：[なし ・ あり]
	腎・泌尿器	停留精巣：[なし ・ あり]　部位：[腹腔内 ・ 鼠蹊部 ・ 陰嚢内]　尿道下裂：[なし ・ あり]
	その他	外性器異常：[なし ・ あり] 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
	hCG負荷試験：[未実施 ・ 実施]　実施日：(　年　月　日) テストステロン基礎値：(　　)ng/mL ・ ng/dL　テストステロン頂値：(　　)ng/mL ・ ng/dL ジヒドロテストステロン基礎値：(　　)ng/mL ・ ng/dL　ジヒドロテストステロン頂値：(　　)ng/mL ・ ng/dL テストステロン/ジヒドロテストステロン比：(　　)
尿検査	尿中ステロイド分析：(　　)
血液検査	テストステロン：(　　)ng/mL ・ ng/dL　エストラジオール(E_2)：(　　)pg/mL　DHEA-S：(　　)ng/mL ・ μg/dL DHEA：(　　)ng/mL　LH：(　　)mIU/mL　FSH：(　　)mIU/mL テストステロン/ジヒドロテストステロン比：(　　)　アンドロステンジオン：(　　)ng/mL
病理検査	性腺組織生検：[未実施 ・ 実施]　実施日：(　年　月　日)　性腺所見：精巣：[なし ・ あり]
画像検査	超音波検査またはCTまたはMRI検査(腹部)：[未実施 ・ 実施]　実施日：(　年　月　日)　子宮の存在：[なし ・ あり]

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

告示番号 49　**内分泌疾患　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉**　

遺伝学的検査	染色体検査：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　年　月　日　） 所見：（　）
	遺伝子検査：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　年　月　日　）　SRY遺伝子：[　なし　・　あり　] 遺伝子異常（その他）：（　）
検査所見（申請時）　※直近の状況を記載	
負荷試験	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
	hCG負荷試験：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　年　月　日　） テストステロン基礎値：（　）ng/mL　・　ng/dL　テストステロン頂値：（　）ng/mL　・　ng/dL ジヒドロテストステロン基礎値：（　）ng/mL　・　ng/dL　ジヒドロテストステロン頂値：（　）ng/mL　・　ng/dL テストステロン/ジヒドロテストステロン比：（　）
尿検査	尿中ステロイド分析：（　）
血液検査	テストステロン：（　）ng/mL　・　ng/dL　エストラジオール（E_2）：（　）pg/mL　DHEA-S：（　）ng/mL　・　μg/dL DHEA：（　）ng/mL　LH：（　）mIU/mL　FSH：（　）mIU/mL テストステロン/ジヒドロテストステロン比：（　）　アンドロステンジオン：（　）ng/mL
病理検査	性腺組織生検：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　年　月　日　）　性腺所見：精巣：[　なし　・　あり　]
画像検査	超音波検査またはCTまたはMRI検査（腹部）：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　年　月　日　）　子宮の存在：[　なし　・　あり　]
遺伝学的検査	染色体検査：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　年　月　日　） 所見：（　）
	遺伝子検査：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　年　月　日　）　SRY遺伝子：[　なし　・　あり　] 遺伝子異常（その他）：（　）
その他の所見（申請時）　※直近の状況を記載	
合併症	性腺腫瘍：[　なし　・　あり　] 合併症（その他）：（　）
経過（申請時）　※直近の状況を記載	
薬物療法	補充療法：[　なし　・　あり　] 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　（　　）

病名	69　17β-ヒドロキシステロイド脱水素酵素欠損症			受付種別	□ 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) 年　月　日	体重(測定日)	kg (　SD) 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(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	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] 月経不順(女子のみ)：[なし ・ あり]　無月経(女子のみ)：[なし ・ あり]　陰核肥大(女子のみ)：[なし ・ あり] 陰唇癒合(女子のみ)：[なし ・ あり]　小陰茎(男子のみ)：[なし ・ あり]　骨年齢遅延：[なし ・ あり]
	腎・泌尿器	停留精巣：[なし ・ あり]　部位：[腹腔内 ・ 鼠蹊部 ・ 陰嚢内]　尿道下裂：[なし ・ あり]
	その他	外性器異常：[なし ・ あり] 症状(その他)：(　　)

臨床所見(申請時)　※直近の状況を記載

二次性徴(Tanner分類)		二次性徴：[なし ・ あり]　思春期開始年齢：(　　歳　か月) 乳房発育(女子のみ)：[Ⅰ ・ Ⅱ ・ Ⅲ ・ Ⅳ ・ Ⅴ]　年齢(発現時)：(　歳　か月) 陰毛発育(男女共)：[Ⅰ ・ Ⅱ ・ Ⅲ ・ Ⅳ ・ Ⅴ]　年齢(発現時)：(　歳　か月) 外性器発達(男子のみ)：[Ⅰ ・ Ⅱ ・ Ⅲ ・ Ⅳ ・ Ⅴ]　年齢(発現時)：(　歳　か月)　精巣容量：(　　)mL
症状	内分泌・代謝	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] 月経不順(女子のみ)：[なし ・ あり]　無月経(女子のみ)：[なし ・ あり]　陰核肥大(女子のみ)：[なし ・ あり] 陰唇癒合(女子のみ)：[なし ・ あり]　小陰茎(男子のみ)：[なし ・ あり]　骨年齢遅延：[なし ・ あり]
	腎・泌尿器	停留精巣：[なし ・ あり]　部位：[腹腔内 ・ 鼠蹊部 ・ 陰嚢内]　尿道下裂：[なし ・ あり]
	その他	外性器異常：[なし ・ あり] 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
	hCG負荷試験：[未実施 ・ 実施]　実施日：(　年　月　日) テストステロン基礎値：(　　)ng/mL ・ ng/dL　テストステロン頂値：(　　)ng/mL ・ ng/dL アンドロステンジオン基礎値：(　　)ng/mL　アンドロステンジオン頂値：(　　)ng/mL アンドロステンジオン／テストステロン比：(　　)
尿検査	尿中ステロイド分析：(　　)
血液検査	テストステロン：(　　)ng/mL ・ ng/dL　エストラジオール(E_2)：(　　)pg/mL　DHEA-S：(　　)ng/mL ・ μg/dL DHEA：(　　)ng/mL　LH：(　　)mIU/mL　FSH：(　　)mIU/mL アンドロステンジオン/テストステロン比：(　　)　アンドロステンジオン：(　　)ng/mL
病理検査	性腺組織生検：[未実施 ・ 実施]　実施日：(　年　月　日) 性腺所見：詳細：(　　)
画像検査	超音波検査またはCTまたはMRI検査(腹部)：[未実施 ・ 実施]　実施日：(　年　月　日)　子宮の存在：[なし ・ あり]

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

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〉

遺伝学的検査	染色体検査：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　年　月　日　） 所見：（　）
	遺伝子検査：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　年　月　日　）　SRY遺伝子：[　なし　・　あり　] 遺伝子異常（その他）：（　）
検査所見（申請時）　※直近の状況を記載	
負荷試験	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
	hCG負荷試験：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　年　月　日　） テストステロン基礎値：（　）ng/mL　・　ng/dL　テストステロン頂値：（　）ng/mL　・　ng/dL アンドロステンジオン基礎値：（　）ng/mL　アンドロステンジオン頂値：（　）ng/mL アンドロステンジオン／テストステロン比：（　）
尿検査	尿中ステロイド分析：（　）
血液検査	テストステロン：（　）ng/mL　・　ng/dL　エストラジオール（E_2）：（　）pg/mL　DHEA-S：（　）ng/mL　・　μg/dL DHEA：（　）ng/mL　LH：（　）mIU/mL　FSH：（　）mIU/mL アンドロステンジオン/テストステロン比：（　）　アンドロステンジオン：（　）ng/mL
病理検査	性腺組織生検：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　年　月　日　） 性腺所見：詳細：（　）
画像検査	超音波検査またはCTまたはMRI検査（腹部）：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　年　月　日　）　子宮の存在：[　なし　・　あり　]
遺伝学的検査	染色体検査：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　年　月　日　） 所見：（　）
	遺伝子検査：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　年　月　日　）　SRY遺伝子：[　なし　・　あり　] 遺伝子異常（その他）：（　）
その他の所見（申請時）　※直近の状況を記載	
合併症	性腺腫瘍：[　なし　・　あり　] 合併症（その他）：（　）
経過（申請時）　※直近の状況を記載	
薬物療法	補充療法：[　なし　・　あり　] 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　（　　）

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〉

病名	70 アンドロゲン不応症			受付種別	□ 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) 年　月　日	体重(測定日)	kg (　SD) 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(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] 乳房発育(女子のみ)：[Ⅰ ・ Ⅱ ・ Ⅲ ・ Ⅳ ・ Ⅴ] 陰毛発育(男女共)：[Ⅰ ・ Ⅱ ・ Ⅲ ・ Ⅳ ・ Ⅴ] 外性器発達(男子のみ)：[Ⅰ ・ Ⅱ ・ Ⅲ ・ Ⅳ ・ Ⅴ]	思春期開始年齢：(　歳　か月) 年齢(発現時)：(　歳　か月) 年齢(発現時)：(　歳　か月) 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] 月経不順(女子のみ)：[なし ・ あり] 陰唇癒合(女子のみ)：[なし ・ あり] 骨年齢遅延：[なし ・ あり]	月経異常(女子のみ)：[なし ・ あり] 無月経(女子のみ)：[なし ・ あり] 小陰茎(男子のみ)：[なし ・ あり] 不妊(女子のみ)：[なし ・ あり] 陰核肥大(女子のみ)：[なし ・ あり] 女性化乳房(男子のみ)：[なし ・ あり]
症状 腎・泌尿器	停留精巣：[なし ・ あり]　部位：[腹腔内 ・ 鼠蹊部 ・ 陰嚢内]	尿道下裂：[なし ・ あり]
症状 その他	外性器異常：[なし ・ あり] 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] 乳房発育(女子のみ)：[Ⅰ ・ Ⅱ ・ Ⅲ ・ Ⅳ ・ Ⅴ] 陰毛発育(男女共)：[Ⅰ ・ Ⅱ ・ Ⅲ ・ Ⅳ ・ Ⅴ] 外性器発達(男子のみ)：[Ⅰ ・ Ⅱ ・ Ⅲ ・ Ⅳ ・ Ⅴ]	思春期開始年齢：(　歳　か月) 年齢(発現時)：(　歳　か月) 年齢(発現時)：(　歳　か月) 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] 月経不順(女子のみ)：[なし ・ あり] 陰唇癒合(女子のみ)：[なし ・ あり] 骨年齢遅延：[なし ・ あり]	月経異常(女子のみ)：[なし ・ あり] 無月経(女子のみ)：[なし ・ あり] 小陰茎(男子のみ)：[なし ・ あり] 不妊(女子のみ)：[なし ・ あり] 陰核肥大(女子のみ)：[なし ・ あり] 女性化乳房(男子のみ)：[なし ・ あり]
症状 腎・泌尿器	停留精巣：[なし ・ あり]　部位：[腹腔内 ・ 鼠蹊部 ・ 陰嚢内]	尿道下裂：[なし ・ あり]
症状 その他	外性器異常：[なし ・ あり] 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
	hCG負荷試験：[未実施 ・ 実施]　実施日：(　年　月　日) テストステロン基礎値：(　　)ng/mL ・ ng/dL　テストステロン頂値：(　　)ng/mL ・ ng/dL ジヒドロテストステロン基礎値：(　　)ng/mL ・ ng/dL　ジヒドロテストステロン頂値：(　　)ng/mL ・ ng/dL テストステロン／ジヒドロテストステロン比：(　　)
尿検査	尿中ステロイド分析：(　　)
血液検査	テストステロン：(　　)ng/mL ・ ng/dL　エストラジオール(E_2)：(　　)pg/mL　DHEA-S：(　　)ng/mL ・ μg/dL DHEA：(　　)ng/mL　LH：(　　)mIU/mL　FSH：(　　)mIU/mL　LH／FSH：(　　) テストステロン／ジヒドロテストステロン比：(　　)　アンドロステンジオン：(　　)ng/mL

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

告示番号 47　**内分泌疾患　（　　）　年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉**　**2/2**

病理検査	性腺組織生検：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　年　月　日　） 性腺所見：詳細：（　）
画像検査	超音波検査またはCTまたはMRI検査（腹部）：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　年　月　日　）　子宮の存在：[　なし　・　あり　]
遺伝学的検査	染色体検査：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　年　月　日　） 所見：（　）
	遺伝子検査：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　年　月　日　）　SRY遺伝子：[　なし　・　あり　] 遺伝子異常（その他）：（　）
検査所見（申請時）　※直近の状況を記載	
負荷試験	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
	hCG負荷試験：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　年　月　日　） テストステロン基礎値：（　）ng/mL　・　ng/dL　テストステロン頂値：（　）ng/mL　・　ng/dL ジヒドロテストステロン基礎値：（　）ng/mL　・　ng/dL　ジヒドロテストステロン頂値：（　）ng/mL　・　ng/dL テストステロン／ジヒドロテストステロン比：（　）
尿検査	尿中ステロイド分析：（　）
血液検査	テストステロン：（　）ng/mL　・　ng/dL　エストラジオール（E_2）：（　）pg/mL　DHEA-S：（　）ng/mL　・　μg/dL DHEA：（　）ng/mL　LH：（　）mIU/mL　FSH：（　）mIU/mL　LH／FSH：（　） テストステロン／ジヒドロテストステロン比：（　）　アンドロステンジオン：（　）ng/mL
病理検査	性腺組織生検：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　年　月　日　） 性腺所見：詳細：（　）
画像検査	超音波検査またはCTまたはMRI検査（腹部）：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　年　月　日　）　子宮の存在：[　なし　・　あり　]
遺伝学的検査	染色体検査：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　年　月　日　） 所見：（　）
	遺伝子検査：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　年　月　日　）　SRY遺伝子：[　なし　・　あり　] 遺伝子異常（その他）：（　）
その他の所見（申請時）　※直近の状況を記載	
合併症	性腺腫瘍：[　なし　・　あり　] 合併症（その他）：（　）
経過（申請時）　※直近の状況を記載	
薬物療法	補充療法：[　なし　・　あり　] 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　（　　）

告示番号 50　内分泌疾患　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉

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 （具体的な疾病名：　　）		受付種別	□ 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） 年　月　日	体重（測定日）	kg（　SD） 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（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	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] 月経不順（女子のみ）：[なし ・ あり]　無月経（女子のみ）：[なし ・ あり]　陰核肥大（女子のみ）：[なし ・ あり] 陰唇癒合（女子のみ）：[なし ・ あり]　小陰茎（男子のみ）：[なし ・ あり]　女性化乳房（男子のみ）：[なし ・ あり] 骨年齢遅延：[なし ・ あり]
	腎・泌尿器	停留精巣：[なし ・ あり]　部位：[腹腔内 ・ 鼠蹊部 ・ 陰嚢内]　尿道下裂：[なし ・ あり]
	その他	外性器異常：[なし ・ あり] 症状（その他）：（　　）

臨床所見（申請時）　※直近の状況を記載

二次性徴（Tanner分類）		二次性徴：[なし ・ あり]　思春期開始年齢：（　歳　か月） 乳房発育（女子のみ）：[Ⅰ ・ Ⅱ ・ Ⅲ ・ Ⅳ ・ Ⅴ]　年齢（発現時）：（　歳　か月） 陰毛発育（男女共）：[Ⅰ ・ Ⅱ ・ Ⅲ ・ Ⅳ ・ Ⅴ]　年齢（発現時）：（　歳　か月） 外性器発達（男子のみ）：[Ⅰ ・ Ⅱ ・ Ⅲ ・ Ⅳ ・ Ⅴ]　年齢（発現時）：（　歳　か月）　精巣容量：（　　）mL
症状	内分泌・代謝	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] 月経不順（女子のみ）：[なし ・ あり]　無月経（女子のみ）：[なし ・ あり]　陰核肥大（女子のみ）：[なし ・ あり] 陰唇癒合（女子のみ）：[なし ・ あり]　小陰茎（男子のみ）：[なし ・ あり]　女性化乳房（男子のみ）：[なし ・ あり] 骨年齢遅延：[なし ・ あり]
	腎・泌尿器	停留精巣：[なし ・ あり]　部位：[腹腔内 ・ 鼠蹊部 ・ 陰嚢内]　尿道下裂：[なし ・ あり]
	その他	外性器異常：[なし ・ あり] 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
	hCG負荷試験：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　年　月　日） テストステロン基礎値：（　　）ng/mL ・ ng/dL　テストステロン頂値：（　　）ng/mL ・ ng/dL ジヒドロテストステロン基礎値：（　　）ng/mL ・ ng/dL　ジヒドロテストステロン頂値：（　　）ng/mL ・ ng/dL テストステロン／ジヒドロテストステロン比：（　　）
尿検査	尿中ステロイド分析：（　　）
血液検査	テストステロン：（　　）ng/mL ・ ng/dL　エストラジオール（E_2）：（　　）pg/mL　DHEA-S：（　　）ng/mL ・ μg/dL DHEA：（　　）ng/mL　LH：（　　）mIU/mL　FSH：（　　）mIU/mL　LH／FSH：（　　） テストステロン／ジヒドロテストステロン比：（　　）　アンドロステンジオン：（　　）ng/mL
病理検査	性腺組織生検：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　年　月　日） 性腺所見：詳細：（　　）

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

画像検査	超音波検査またはCTまたはMRI検査（腹部）：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　年　月　日）　子宮の存在：[　なし　・　あり　]
遺伝学的検査	染色体検査：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　年　月　日） 所見：（　）
	遺伝子検査：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　年　月　日）　SRY遺伝子：[　なし　・　あり　] 遺伝子異常（その他）：（　）
検査所見（申請時）　※直近の状況を記載	
負荷試験	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
	hCG負荷試験：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　年　月　日） テストステロン基礎値：（　）ng/mL　・　ng/dL　テストステロン頂値：（　）ng/mL　・　ng/dL ジヒドロテストステロン基礎値：（　）ng/mL　・　ng/dL　ジヒドロテストステロン頂値：（　）ng/mL　・　ng/dL テストステロン／ジヒドロテストステロン比：（　）
尿検査	尿中ステロイド分析：（　）
血液検査	テストステロン：（　）ng/mL　・　ng/dL　エストラジオール（E_2）：（　）pg/mL　DHEA-S：（　）ng/mL　・　μg/dL DHEA：（　）ng/mL　LH：（　）mIU/mL　FSH：（　）mIU/mL　LH／FSH：（　） テストステロン／ジヒドロテストステロン比：（　）　アンドロステンジオン：（　）ng/mL
病理検査	性腺組織生検：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　年　月　日） 性腺所見：詳細：（　）
画像検査	超音波検査またはCTまたはMRI検査（腹部）：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　年　月　日）　子宮の存在：[　なし　・　あり　]
遺伝学的検査	染色体検査：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　年　月　日） 所見：（　）
	遺伝子検査：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　年　月　日）　SRY遺伝子：[　なし　・　あり　] 遺伝子異常（その他）：（　）
その他の所見（申請時）　※直近の状況を記載	
合併症	性腺腫瘍：[　なし　・　あり　] 合併症（その他）：（　）
経過（申請時）　※直近の状況を記載	
薬物療法	補充療法：[　なし　・　あり　] 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　（　　）

告示番号 52　内分泌疾患　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉

病名	72　46,XX性分化疾患			受付種別	□ 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) 年　月　日	体重(測定日)	kg (　SD) 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(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 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] 月経不順(女子のみ)：[なし ・ あり]　無月経(女子のみ)：[なし ・ あり]　陰核肥大(女子のみ)：[なし ・ あり] 陰唇癒合(女子のみ)：[なし ・ あり]　小陰茎(男子のみ)：[なし ・ あり]　女性化乳房(男子のみ)：[なし ・ あり] 骨年齢遅延：[なし ・ あり]	
症状 その他	外性器異常：[なし ・ あり] 症状(その他)：(　　)	

臨床所見(申請時)　※直近の状況を記載

二次性徴(Tanner分類)	二次性徴：[なし ・ あり]　思春期開始年齢：(歳 か月) 乳房発育(女子のみ)：[Ⅰ ・ Ⅱ ・ Ⅲ ・ Ⅳ ・ Ⅴ]　年齢(発現時)：(歳 か月) 陰毛発育(男女共)：[Ⅰ ・ Ⅱ ・ Ⅲ ・ Ⅳ ・ Ⅴ]　年齢(発現時)：(歳 か月) 外性器発達(男子のみ)：[Ⅰ ・ Ⅱ ・ Ⅲ ・ Ⅳ ・ Ⅴ]　年齢(発現時)：(歳 か月)　精巣容量：( )mL	
症状 内分泌・代謝	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] 月経不順(女子のみ)：[なし ・ あり]　無月経(女子のみ)：[なし ・ あり]　陰核肥大(女子のみ)：[なし ・ あり] 陰唇癒合(女子のみ)：[なし ・ あり]　小陰茎(男子のみ)：[なし ・ あり]　女性化乳房(男子のみ)：[なし ・ あり] 骨年齢遅延：[なし ・ あり]	
症状 その他	外性器異常：[なし ・ あり] 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
	hCG負荷試験：[未実施 ・ 実施]　実施日：(年 月 日) テストステロン基礎値：( )ng/mL ・ ng/dL　テストステロン頂値：( )ng/mL ・ ng/dL ジヒドロテストステロン基礎値：( )ng/mL ・ ng/dL　ジヒドロテストステロン頂値：( )ng/mL ・ ng/dL テストステロン／ジヒドロテストステロン比：( )
尿検査	尿中ステロイド分析：(　　)
血液検査	テストステロン：( )ng/mL ・ ng/dL　エストラジオール(E_2)：( )pg/mL　DHEA-S：( )ng/mL ・ μg/dL DHEA：( )ng/mL　LH：( )mIU/mL　FSH：( )mIU/mL　LH／FSH：( ) テストステロン／ジヒドロテストステロン比：( )　アンドロステンジオン：( )ng/mL
病理検査	性腺組織生検：[未実施 ・ 実施]　実施日：(年 月 日) 性腺所見：詳細：(　　)
画像検査	超音波検査またはCTまたはMRI検査(腹部)：[未実施 ・ 実施]　実施日：(年 月 日)　子宮の存在：[なし ・ あり]

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

遺伝学的検査	染色体検査：[　未実施　・　実施　]　実施日：(　　年　　月　　日　) 所見：(　　)
	遺伝子検査：[　未実施　・　実施　]　実施日：(　　年　　月　　日　)　SRY遺伝子：[　なし　・　あり　] 遺伝子異常（その他）：(　　)
検査所見（申請時）　※直近の状況を記載	
負荷試験	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
	hCG負荷試験：[　未実施　・　実施　]　実施日：(　　年　　月　　日　) テストステロン基礎値：(　　)ng/mL　・　ng/dL　テストステロン頂値：(　　)ng/mL　・　ng/dL ジヒドロテストステロン基礎値：(　　)ng/mL　・　ng/dL　ジヒドロテストステロン頂値：(　　)ng/mL　・　ng/dL テストステロン／ジヒドロテストステロン比：(　　)
尿検査	尿中ステロイド分析：(　　)
血液検査	テストステロン：(　　)ng/mL　・　ng/dL　エストラジオール（E_2）：(　　)pg/mL　DHEA-S：(　　)ng/mL　・　μg/dL DHEA：(　　)ng/mL　LH：(　　)mIU/mL　FSH：(　　)mIU/mL　LH／FSH：(　　) テストステロン／ジヒドロテストステロン比：(　　)　アンドロステンジオン：(　　)ng/mL
病理検査	性腺組織生検：[　未実施　・　実施　]　実施日：(　　年　　月　　日　) 性腺所見：詳細：(　　)
画像検査	超音波検査またはCTまたはMRI検査（腹部）：[　未実施　・　実施　]　実施日：(　　年　　月　　日　)　子宮の存在：[　なし　・　あり　]
遺伝学的検査	染色体検査：[　未実施　・　実施　]　実施日：(　　年　　月　　日　) 所見：(　　)
	遺伝子検査：[　未実施　・　実施　]　実施日：(　　年　　月　　日　)　SRY遺伝子：[　なし　・　あり　] 遺伝子異常（その他）：(　　)
その他の所見（申請時）　※直近の状況を記載	
合併症	性腺腫瘍：[　なし　・　あり　] 合併症（その他）：(　　)
経過（申請時）　※直近の状況を記載	
薬物療法	補充療法：[　なし　・　あり　] 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　(　　)

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〉

病名	73 VIP産生腫瘍			受付種別	□ 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) 年　月　日	体重(測定日)	kg (　SD) 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(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

症状	消化器	水様下痢：[なし ・ あり]
	皮膚・粘膜	皮膚紅潮：[なし ・ あり]
	その他	低カリウム血症：[なし ・ あり] 症状(その他)：(　　)

臨床所見(申請時)　※直近の状況を記載

症状	消化器	水様下痢：[なし ・ あり]
	皮膚・粘膜	皮膚紅潮：[なし ・ あり]
	その他	低カリウム血症：[なし ・ あり] 症状(その他)：(　　)

検査所見(診断時)　※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載

便検査	便中Na：(　　)mEq/L　便中K：(　　)mEq/L　便浸透圧ギャップ：(　　)mOsm/kg・H_2O
血液検査	血清アルブミン：(　　)g/dL　血清K：(　　)mEq/L 血清Ca：(　　)mg/dL　血清Ca(補正値)：(　　)mg/dL　intact PTH：(　　)pg/mL VIP：(　　)pg/mL ・ 未実施
画像検査	CTまたはMRI検査：[未実施 ・ 実施]　実施日：(　年　月　日) 部位：(　　) 所見：(　　)
	内視鏡検査(消化管)：[未実施 ・ 実施]　実施日：(　年　月　日) 所見：(　　)
	画像検査(その他)：[未実施 ・ 実施]　実施日：(　年　月　日) 部位：(　　) 所見：(　　)
検査所見(その他)	検査所見(その他)：(　　)

検査所見(申請時)　※直近の状況を記載

血液検査	血清K：(　　)mEq/L　VIP：(　　)pg/mL・未実施
画像検査	CTまたはMRI検査：[未実施 ・ 実施]　実施日：(　年　月　日) 部位：(　　) 所見：(　　)
	内視鏡検査(消化管)：[未実施 ・ 実施]　実施日：(　年　月　日) 所見：(　　)
	画像検査(その他)：[未実施 ・ 実施]　実施日：(　年　月　日) 部位：(　　) 所見：(　　)
検査所見(その他)	検査所見(その他)：(　　)

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

告示番号 42　**内分泌疾患　（　　）　年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉**　

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　(　　)

告示番号	40	内分泌疾患　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉	1/2

病名	74 ガストリノーマ			受付種別	□ 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) 年　月　日	体重(測定日)	kg (　SD) 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(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		
症状	消化器	下痢:[なし ・ あり]　消化性潰瘍:[なし ・ あり]
	その他	症状(その他):(　　)

臨床所見(申請時) ※直近の状況を記載		
症状	消化器	下痢:[なし ・ あり]　消化性潰瘍:[なし ・ あり]
	その他	症状(その他):(　　)

検査所見(診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載	
負荷試験	カルシウム負荷試験:[未実施 ・ 実施]　実施日:(　年　月　日) ガストリン頂値:(　　)pg/mL
血液検査	血清アルブミン:(　　)g/dL　血清Ca:(　　)mg/dL　血清Ca(補正値):(　　)mg/dL intact PTH:(　　)pg/mL　ガストリン:(　　)pg/mL
胃酸分泌検査	胃酸分泌測定(BAO／MAO):[未実施 ・ 実施] 胃内24時間pHモニタリング:[未実施 ・ 実施] 空腹時胃内pH測定:[未実施 ・ 実施]
	胃酸過剰分泌:[なし ・ あり]
画像検査	CTまたはMRI検査:[未実施 ・ 実施]　実施日:(　年　月　日) 部位:(　　) 所見:(　　)
	内視鏡検査(消化管):[未実施 ・ 実施]　実施日:(　年　月　日) 所見:(　　)
	画像検査(その他):[未実施 ・ 実施]　実施日:(　年　月　日) 部位:(　　) 所見:(　　)
検査所見(その他)	検査所見(その他):(　　)

検査所見(申請時) ※直近の状況を記載	
血液検査	ガストリン:(　　)pg/mL
画像検査	CTまたはMRI検査:[未実施 ・ 実施]　実施日:(　年　月　日) 部位:(　　) 所見:(　　)
	内視鏡検査(消化管):[未実施 ・ 実施]　実施日:(　年　月　日) 所見:(　　)
	画像検査(その他):[未実施 ・ 実施]　実施日:(　年　月　日) 部位:(　　) 所見:(　　)
検査所見(その他)	検査所見(その他):(　　)

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

告示番号 40　**内分泌疾患　（　　）　年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉**　

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　(　　)

告示番号 41　内分泌疾患　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉

病名	75 カルチノイド症候群			受付種別	□ 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) 年　月　日	体重(測定日)	kg (　SD) 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(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	
症状 消化器	下痢：[なし ・ あり]
症状 皮膚・粘膜	顔面紅潮：[なし ・ あり]
症状 その他	症状(その他)：(　　)

臨床所見(申請時) ※直近の状況を記載	
症状 消化器	下痢：[なし ・ あり]
症状 皮膚・粘膜	顔面紅潮：[なし ・ あり]
症状 その他	症状(その他)：(　　)

検査所見(診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載	
尿検査	尿中5-HIAA：(　　)mg/day
血液検査	血清アルブミン：(　　)g/dL　血清Ca：(　　)mg/dL　血清Ca(補正値)：(　　)mg/dL intact PTH：(　　)pg/mL　セロトニン：(　　)ng/mL
画像検査	CTまたはMRI検査：[未実施 ・ 実施]　実施日：(　年　月　日) 部位：(　　) 所見：(　　)
	内視鏡検査(消化管)：[未実施 ・ 実施]　実施日：(　年　月　日) 所見：(　　)
	画像検査(その他)：[未実施 ・ 実施]　実施日：(　年　月　日) 部位：(　　) 所見：(　　)
検査所見(その他)	検査所見(その他)：(　　)

検査所見(申請時) ※直近の状況を記載	
尿検査	尿中5-HIAA：(　　)mg/day
血液検査	セロトニン：(　　)ng/mL
画像検査	CTまたはMRI検査：[未実施 ・ 実施]　実施日：(　年　月　日) 部位：(　　) 所見：(　　)
	内視鏡検査(消化管)：[未実施 ・ 実施]　実施日：(　年　月　日) 所見：(　　)
	画像検査(その他)：[未実施 ・ 実施]　実施日：(　年　月　日) 部位：(　　) 所見：(　　)
検査所見(その他)	検査所見(その他)：(　　)

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

告示番号 41　**内分泌疾患　（　　）　年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉**　

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　(　　)

告示番号 15　内分泌疾患　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉

病名	76 グルカゴノーマ			受付種別	□ 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) 年　月　日	体重(測定日)	kg (　SD) 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(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

症状	全身	全身倦怠感：[なし ・ あり] 口渇：[なし ・ あり]	食欲不振：[なし ・ あり] 正色素性貧血：[なし ・ あり]	体重減少：[なし ・ あり]
	消化器	悪心・嘔吐：[なし ・ あり]	腹痛：[なし ・ あり]	腹部腫瘤：[なし ・ あり]
	皮膚・粘膜	皮疹：[なし ・ あり]	口内炎・舌炎：[なし ・ あり]	
	その他	低アミノ酸血症：[なし ・ あり] 症状(その他)：(　　)		

臨床所見(申請時)　※直近の状況を記載

症状	全身	全身倦怠感：[なし ・ あり] 口渇：[なし ・ あり]	食欲不振：[なし ・ あり] 正色素性貧血：[なし ・ あり]	体重減少：[なし ・ あり]
	消化器	悪心・嘔吐：[なし ・ あり]	腹痛：[なし ・ あり]	腹部腫瘤：[なし ・ あり]
	皮膚・粘膜	皮疹：[なし ・ あり]	口内炎・舌炎：[なし ・ あり]	
	その他	低アミノ酸血症：[なし ・ あり] 症状(その他)：(　　)		

検査所見(診断時)　※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載

血液検査	血清アルブミン：(　　)g/dL intact PTH：(　　)pg/mL 血糖値(随時)：(　　)mg/dL	血清Ca：(　　)mg/dL HbA_{1c}：(　　)% 血糖値(空腹時)：(　　)mg/dL	血清Ca(補正値)：(　　)mg/dL グルカゴン：(　　)ng/mL
画像検査	CTまたはMRI検査：[未実施 ・ 実施] 部位：(　　) 所見：(　　)	実施日：(　年　月　日)	
	内視鏡検査(消化管)：[未実施 ・ 実施] 所見：(　　)	実施日：(　年　月　日)	
	画像検査(その他)：[未実施 ・ 実施] 部位：(　　) 所見：(　　)	実施日：(　年　月　日)	
検査所見(その他)	検査所見(その他)：(　　)		

検査所見(申請時)　※直近の状況を記載

血液検査	血清アルブミン：(　　)g/dL 血糖値(随時)：(　　)mg/dL	HbA_{1c}：(　　)% 血糖値(空腹時)：(　　)mg/dL	グルカゴン：(　　)pg/mL
画像検査	CTまたはMRI検査：[未実施 ・ 実施] 部位：(　　) 所見：(　　)	実施日：(　年　月　日)	
	内視鏡検査(消化管)：[未実施 ・ 実施] 所見：(　　)	実施日：(　年　月　日)	

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

告示番号 15　**内分泌疾患　（　　）　年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉**　

画像検査	画像検査（その他）：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　　年　　月　　日　） 部位：（　　） 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	糖尿病：[　なし　・　あり　]　耐糖能低下：[　なし　・　あり　] 合併症（その他）：（　　）
経過（申請時）　※直近の状況を記載	
薬物療法	補充療法：[　なし　・　あり　] 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　（　　）

告示番号	17	内分泌疾患　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉	1/2

病名	77 インスリノーマ			受付種別	□ 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) 年　月　日	体重(測定日)	kg (　SD) 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(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		
症状	全身	発汗:[なし ・ あり]　低血糖症状:[なし ・ あり]　振戦:[なし ・ あり]
	精神・神経	痙攣:[なし ・ あり]　意識障害:[なし ・ あり ・ 不明]
	その他	症状(その他):(　　)

臨床所見(申請時) ※直近の状況を記載		
症状	全身	発汗:[なし ・ あり]　低血糖症状:[なし ・ あり]　振戦:[なし ・ あり]
	精神・神経	痙攣:[なし ・ あり]　意識障害:[なし ・ あり ・ 不明]
	その他	症状(その他):(　　)

検査所見(診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載	
負荷試験	グルカゴン負荷試験:[未実施 ・ 実施]　実施日:(　年　月　日) 血糖値(前値):(　)mg/dL　血糖値(頂値):(　)mg/dL
血液検査	血糖値(空腹時):(　)mg/dL　インスリン(IRI):(　)μU/mL　プロインスリン:(　)pmol/L ・ 未実施 プロインスリン／インスリン比(P／I比):(　) ・ 未実施　Cペプチド(CPR):(　)ng/mL 血清アルブミン:(　)g/dL　血清Ca:(　)mg/dL　血清Ca(補正値):(　)mg/dL intact PTH:(　)pg/mL
	低血糖時の検査:[未実施 ・ 実施] 血糖値(低血糖時):(　)mg/dL　インスリン(IRI):(　)μU/mL　プロインスリン:(　)pmol/L ・ 未実施
画像検査	超音波検査:[未実施 ・ 実施]　実施日:(　年　月　日) 部位:(　) 所見:(　)
	CTまたはMRI検査:[未実施 ・ 実施]　実施日:(　年　月　日) 部位:(　) 所見:(　)
	血管造影:[未実施 ・ 実施]　実施日:(　年　月　日) 部位:(　) 所見:(　)
	内視鏡検査(消化管):[未実施 ・ 実施]　実施日:(　年　月　日) 所見:(　)
	画像検査(その他):[未実施 ・ 実施]　実施日:(　年　月　日) 部位:(　) 所見:(　)
検査所見(その他)	検査所見(その他):(　)

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

告示番号 17　**内分泌疾患　（　　）　年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉**　

検査所見（申請時）　※直近の状況を記載	
血液検査	血糖値（空腹時）：（　　）mg/dL　インスリン（IRI）：（　　）μU/mL　プロインスリン：（　　）pmol/L　・　未実施 プロインスリン／インスリン比（P／I比）：（　　）　・　未実施　Cペプチド（CPR）：（　　）ng/mL 血清アルブミン：（　　）g/dL　血清Ca：（　　）mg/dL　血清Ca（補正値）：（　　）mg/dL intact PTH：（　　）pg/mL
	低血糖時の検査：[　未実施　・　実施　] 血糖値（低血糖時）：（　　）mg/dL　インスリン（IRI）：（　　）μU/mL　プロインスリン：（　　）pmol/L　・　未実施
画像検査	超音波検査：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　　年　　月　　日　） 部位：（　　） 所見：（　　）
	CTまたはMRI検査：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　　年　　月　　日　） 部位：（　　） 所見：（　　）
	血管造影：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　　年　　月　　日　） 部位：（　　） 所見：（　　）
	内視鏡検査（消化管）：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　　年　　月　　日　） 所見：（　　）
	画像検査（その他）：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　　年　　月　　日　） 部位：（　　） 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　（　　）

告示番号 18　内分泌疾患　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉

病名	78 先天性高インスリン血症			受付種別	□ 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) 年　月　日	体重(測定日)	kg (　SD) 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(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

症状	全身	発汗:[なし ・ あり]	低血糖症状:[なし ・ あり]	振戦:[なし ・ あり]
	精神・神経	痙攣:[なし ・ あり]	意識障害:[なし ・ あり ・ 不明]	
	その他	症状(その他):(　　)		

臨床所見(申請時)　※直近の状況を記載

症状	全身	発汗:[なし ・ あり]	低血糖症状:[なし ・ あり]	振戦:[なし ・ あり]
	精神・神経	痙攣:[なし ・ あり]	意識障害:[なし ・ あり ・ 不明]	
	その他	症状(その他):(　　)		

検査所見(診断時)　※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載

負荷試験	グルカゴン負荷試験:[未実施 ・ 実施]　実施日:(　年　月　日) 血糖値(前値):(　　)mg/dL　血糖値(頂値):(　　)mg/dL
血液検査	血糖値(空腹時):(　　)mg/dL　インスリン(IRI):(　　)μU/mL　プロインスリン:(　　)pmol/L ・ 未実施 プロインスリン／インスリン比(P／I比):(　　) ・ 未実施　Cペプチド(CPR):(　　)ng/mL
	低血糖時の検査:[未実施 ・ 実施] 血糖値(低血糖時):(　　)mg/dL　インスリン(IRI):(　　)μU/mL　プロインスリン:(　　)pmol/L ・ 未実施 プロインスリン／インスリン比(P／I比):(　　)・未実施　Cペプチド(CPR):(　　)ng/mL
画像検査	超音波検査:[未実施 ・ 実施]　実施日:(　年　月　日) 部位:(　　) 所見:(　　)
	CTまたはMRI検査:[未実施 ・ 実施]　実施日:(　年　月　日) 部位:(　　) 所見:(　　)
	血管造影:[未実施 ・ 実施]　実施日:(　年　月　日) 部位:(　　) 所見:(　　)
	内視鏡検査(消化管):[未実施 ・ 実施]　実施日:(　年　月　日) 所見:(　　)
	画像検査(その他):[未実施 ・ 実施]　実施日:(　年　月　日) 部位:(　　) 所見:(　　)
遺伝学的検査	遺伝子検査:[未実施 ・ 実施]　実施日:(　年　月　日) 所見:(　　)
検査所見(その他)	検査所見(その他):(　　)

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

告示番号 18　**内分泌疾患　（　　）　年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉**　

検査所見（申請時）　※直近の状況を記載	
血液検査	血糖値（空腹時）：（　　）mg/dL　インスリン（IRI）：（　　）μU/mL　プロインスリン：（　　）pmol/L　・　未実施 プロインスリン／インスリン比（P／I比）：（　　）　・　未実施　Cペプチド（CPR）：（　　）ng/mL
	低血糖時の検査：［　未実施　・　実施　］ 血糖値（低血糖時）：（　　）mg/dL　インスリン（IRI）：（　　）μU/mL　プロインスリン：（　　）pmol/L　・　未実施 プロインスリン／インスリン比（P／I比）：（　　）・未実施　Cペプチド（CPR）：（　　）ng/mL
遺伝学的検査	遺伝子検査：［　未実施　・　実施　］　実施日：（　　年　　月　　日　） 所見：（　　）
検査所見（その他）	検査所見（その他）：（　　）

その他の所見（申請時）　※直近の状況を記載	
合併症	合併症：［　なし　・　あり　］ 詳細：（

経過（申請時）　※直近の状況を記載	
薬物療法	補充療法：［　なし　・　あり　］ 詳細：（　　）
	機能抑制療法：［　なし　・　あり　］ 詳細：（　　）
	薬物療法（その他）：（　　）
手術	手術：［　未実施　・　実施予定　・　実施済　］　実施日：（　　年　　月　　日　） 術式：（　　）
治療	治療（その他）：（　　）
今後の治療方針	今後の治療方針：（　　）
	治療見込み期間（入院）　開始日：（　　年　　月　　日　）　終了日：（　　年　　月　　日　） 治療見込み期間（外来）　開始日：（　　年　　月　　日　）　終了日：（　　年　　月　　日　）　通院頻度　（　　）回／月

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　（　　）

告示番号	19	内分泌疾患　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉	1/2

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 （具体的な疾病名：　　）		受付種別	□ 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) 年　月　日	体重（測定日）	kg (　SD) 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（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

症状	全身	発汗：[なし ・ あり]　低血糖症状：[なし ・ あり]　振戦：[なし ・ あり]
	精神・神経	痙攣：[なし ・ あり]　意識障害：[なし ・ あり ・ 不明]
	その他	症状（その他）：(　　)

臨床所見（申請時）　※直近の状況を記載

症状	全身	発汗：[なし ・ あり]　低血糖症状：[なし ・ あり]　振戦：[なし ・ あり]
	精神・神経	痙攣：[なし ・ あり]　意識障害：[なし ・ あり ・ 不明]
	その他	症状（その他）：(　　)

検査所見（診断時）　※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載

負荷試験	グルカゴン負荷試験：[未実施 ・ 実施]　実施日：(　年　月　日) 血糖値（前値）：(　　) mg/dL　血糖値（頂値）：(　　) mg/dL
血液検査	血糖値（空腹時）：(　　) mg/dL　インスリン（IRI）：(　　) μU/mL　プロインスリン：(　　) pmol/L ・ 未実施 プロインスリン／インスリン比（P／I比）：(　　) ・ 未実施　Cペプチド（CPR）：(　　) ng/mL インスリン抗体結合率：(　　) %
	低血糖時の検査：[未実施 ・ 実施] 血糖値（低血糖時）：(　　) mg/dL　インスリン（IRI）：(　　) μU/mL　プロインスリン：(　　) pmol/L ・ 未実施 プロインスリン／インスリン比（P／I比）：(　　) ・未実施　Cペプチド（CPR）：(　　) ng/mL
画像検査	超音波検査：[未実施 ・ 実施]　実施日：(　年　月　日) 部位：(　　) 所見：(　　)
	CTまたはMRI検査：[未実施 ・ 実施]　実施日：(　年　月　日) 部位：(　　) 所見：(　　)
	血管造影：[未実施 ・ 実施]　実施日：(　年　月　日) 部位：(　　) 所見：(　　)
	内視鏡検査（消化管）：[未実施 ・ 実施]　実施日：(　年　月　日) 所見：(　　)
	画像検査（その他）：[未実施 ・ 実施]　実施日：(　年　月　日) 部位：(　　) 所見：(　　)
遺伝学的検査	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施]　実施日：(　年　月　日) 所見：(　　)
検査所見（その他）	検査所見（その他）：(　　)

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

告示番号 19　**内分泌疾患　（　　）　年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉**　

検査所見（申請時）　※直近の状況を記載	
血液検査	血糖値（空腹時）：（　　）mg/dL　インスリン（IRI）：（　　）μU/mL　プロインスリン：（　　）pmol/L　・　未実施 プロインスリン／インスリン比（P／I比）：（　　）　・　未実施　Cペプチド（CPR）：（　　）ng/mL インスリン抗体結合率：（　　）％
	低血糖時の検査：［　未実施　・　実施　］ 血糖値（低血糖時）：（　　）mg/dL　インスリン（IRI）：（　　）μU/mL　プロインスリン：（　　）pmol/L　・　未実施 プロインスリン／インスリン比（P／I比）：（　　）・未実施　Cペプチド（CPR）：（　　）ng/mL
遺伝学的検査	遺伝子検査：［　未実施　・　実施　］　実施日：（　　年　　月　　日　） 所見：（　　）
検査所見（その他）	検査所見（その他）：（　　）

その他の所見（申請時）　※直近の状況を記載	
合併症	合併症：［　なし　・　あり　］ 詳細：（　　）

経過（申請時）　※直近の状況を記載	
薬物療法	補充療法：［　なし　・　あり　］ 詳細：（　　）
	機能抑制療法：［　なし　・　あり　］ 詳細：（　　）
	薬物療法（その他）：（　　）
栄養管理	経管栄養（腸瘻・胃瘻含む）：［　なし　・　あり　］
手術	膵切除術：［　未実施　・　実施予定　・　実施済　］　実施日：（　　年　　月　　日　） 胃バイパス術：［　未実施　・　実施予定　・　実施済　］　実施日：（　　年　　月　　日　） 胃食道逆流術：［　未実施　・　実施予定　・　実施済　］　実施日：（　　年　　月　　日　）
	手術（その他）：［　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　（　　）

病名	80 ビタミンD依存性くる病			受付種別	□ 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) 年　月　日	体重(測定日)	kg (　SD) 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(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

身体所見		血圧：収縮期：(　　)mmHg　拡張期：(　　)mmHg　実施日：(　年　月　日)
症状	全身	低身長(−2.0SD以下)：[なし ・ あり]　体重増加不良：[なし ・ あり]
	筋・骨格	下肢変形：[なし ・ あり]
	精神・神経	テタニー：[なし ・ あり]　痙攣：[なし ・ あり]
	その他	禿頭：[なし ・ あり] 症状(その他)：(　　)

臨床所見(申請時)　※直近の状況を記載

身体所見		血圧：収縮期：(　　)mmHg　拡張期：(　　)mmHg　実施日：(　年　月　日)
症状	全身	低身長(−2.0SD以下)：[なし ・ あり]　体重増加不良：[なし ・ あり]
	筋・骨格	下肢変形：[なし ・ あり]
	精神・神経	テタニー：[なし ・ あり]　痙攣：[なし ・ あり]
	その他	禿頭：[なし ・ あり] 症状(その他)：(　　)

検査所見(診断時)　※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載

尿検査	尿中クレアチニン：(　　)mg/dL　尿中カルシウム：(　　)mg/dL
血液検査	血清アルブミン：(　　)g/dL　ALP：(　　)U/L　血清Ca：(　　)mg/dL 血清P：(　　)mg/dL　血清Mg：(　　)mg/dL　BUN：(　　)mg/dL 血清クレアチニン：(　　)mg/dL　intact PTH：(　　)pg/mL　1,25-$(OH)_2$ビタミンD：(　　)pg/mL 25-OHビタミンD：(　　)ng/mL ・ 未実施
画像検査	単純X線検査(骨)：[未実施 ・ 実施]　実施日：(　年　月　日) 所見：(　　)
	CT検査(頭部)：[未実施 ・ 実施]　実施日：(　年　月　日) 所見：(　　)
遺伝学的検査	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施]　実施日：(　年　月　日) 所見：(　　)
検査所見(その他)	検査所見(その他)：(　　)

検査所見(申請時)　※直近の状況を記載

尿検査	尿中クレアチニン：(　　)mg/dL　尿中カルシウム：(　　)mg/dL
血液検査	血清アルブミン：(　　)g/dL　ALP：(　　)U/L　血清Ca：(　　)mg/dL 血清P：(　　)mg/dL　血清Mg：(　　)mg/dL　BUN：(　　)mg/dL 血清クレアチニン：(　　)mg/dL　intact PTH：(　　)pg/mL　1,25-$(OH)_2$ビタミンD：(　　)pg/mL 25-OHビタミンD：(　　)ng/mL ・ 未実施

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

告示番号	76	内分泌疾患　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉	2/2

画像検査	単純X線検査（骨）：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　　年　　月　　日　） 所見：（　　）
	CT検査（頭部）：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　　年　　月　　日　） 所見：（　　）
遺伝学的検査	遺伝子検査：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　　年　　月　　日　） 所見：（　　）
検査所見（その他）	検査所見（その他）：（　　）
その他の所見（申請時）　※直近の状況を記載	
合併症	食物アレルギー：[　なし　・　あり　] 合併症（その他）：（　　）
家族歴	本疾患の家族歴：[　なし　・　あり　・　不明　]
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　（　　）

病名	81 ビタミンD抵抗性骨軟化症			受付種別	□ 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) 年　月　日	体重(測定日)	kg (　SD) 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(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

身体所見	血圧：収縮期：(　　)mmHg	拡張期：(　　)mmHg	実施日：(　年　月　日)	
症状	全身	低身長(−2.0SD以下)：[なし ・ あり]	跛行：[なし ・ あり]	
	筋・骨格	筋力低下：[なし ・ あり]	下肢変形：[なし ・ あり]	骨痛：[なし ・ あり]
	精神・神経	テタニー：[なし ・ あり]	神経症状：[なし ・ あり]	痙攣：[なし ・ あり]
	その他	症状(その他)：(　　)		

臨床所見(申請時)　※直近の状況を記載

身体所見	血圧：収縮期：(　　)mmHg	拡張期：(　　)mmHg	実施日：(　年　月　日)	
症状	全身	低身長(−2.0SD以下)：[なし ・ あり]	跛行：[なし ・ あり]	
	筋・骨格	筋力低下：[なし ・ あり]	下肢変形：[なし ・ あり]	骨痛：[なし ・ あり]
	精神・神経	テタニー：[なし ・ あり]	神経症状：[なし ・ あり]	痙攣：[なし ・ あり]
	その他	症状(その他)：(　　)		

検査所見(診断時)　※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載

尿検査	尿中クレアチニン：(　　)mg/dL	尿中カルシウム：(　　)mg/dL	尿中リン：(　　)mg/dL
血液検査	血清アルブミン：(　　)g/dL 血清P：(　　)mg/dL 血清クレアチニン：(　　)mg/dL 25-OHビタミンD：(　　)ng/mL ・ 未実施 intact FGF-23：(　　)pg/mL ・ 未実施	ALP：(　　)U/L 血清Mg：(　　)mg/dL intact PTH：(　　)pg/mL 骨型ALP(BAP)：(　　)μg/L ・ 未実施	血清Ca：(　　)mg/dL BUN：(　　)mg/dL 1,25-$(OH)_2$ビタミンD：(　　)pg/mL
骨塩定量検査	骨塩定量検査(DEXA法)：[未実施 ・ 実施] 部位：[腰椎 ・ その他] 若年成人平均値(YAM)の80%未満：[なし ・ あり]	実施日：(　年　月　日) 骨密度：(　　) g/cm²	同年齢比較：(　　)%
画像検査	単純X線検査(骨)：[未実施 ・ 実施] 所見：(　　)	実施日：(　年　月　日)	
	CT検査(頭部)：[未実施 ・ 実施] 所見：(　　)	実施日：(　年　月　日)	
	シンチグラフィ(骨)：[未実施 ・ 実施] 所見(その他)：(　　)	実施日：(　年　月　日)	肋軟骨などへの多発取り込み：[なし ・ あり]
遺伝学的検査	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施] 所見：(　　)	実施日：(　年　月　日)	
検査所見(その他)	検査所見(その他)：(　　)		

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

告示番号 77　**内分泌疾患　（　　）　年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉**　

検査所見（申請時）　※直近の状況を記載	
尿検査	尿中クレアチニン：（　　）mg/dL　尿中カルシウム：（　　）mg/dL　尿中リン：（　　）mg/dL
血液検査	血清アルブミン：（　　）g/dL　ALP：（　　）U/L　血清Ca：（　　）mg/dL 血清P：（　　）mg/dL　血清Mg：（　　）mg/dL　BUN：（　　）mg/dL 血清クレアチニン：（　　）mg/dL　intact PTH：（　　）pg/mL　1,25-(OH)$_2$ビタミンD：（　　）pg/mL 25-OHビタミンD：（　　）ng/mL　・　未実施　骨型ALP（BAP）：（　　）μg/L　・　未実施 intact FGF-23：（　　）pg/mL　・　未実施
骨塩定量検査	骨塩定量検査（DEXA法）：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　　年　　月　　日　） 部位：[　腰椎　・　その他　]　骨密度：（　　）g/cm²　同年齢比較：（　　）% 若年成人平均値（YAM）の80%未満：[　なし　・　あり　]
画像検査	単純X線検査（骨）：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　　年　　月　　日　） 所見：（　　）
	CT検査（頭部）：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　　年　　月　　日　） 所見：（　　）
	シンチグラフィ（骨）：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　　年　　月　　日　）　肋軟骨などへの多発取り込み：[　なし　・　あり　] 所見（その他）：（　　）
遺伝学的検査	遺伝子検査：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　　年　　月　　日　） 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	
鑑別診断	ビタミンD欠乏症：[　なし　・　あり　]　骨粗鬆症：[　なし　・　あり　]　癌の多発骨転移：[　なし　・　あり　] 多発性骨髄腫：[　なし　・　あり　]　腎性骨異栄養症：[　なし　・　あり　]　副甲状腺機能亢進症：[　なし　・　あり　]
合併症	合併症：[　なし　・　あり　] 詳細：（　　）
家族歴	本疾患の家族歴：[　なし　・　あり　・　不明　]
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　（　　）

病名	82 原発性低リン血症性くる病			受付種別	□ 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) 年　月　日	体重(測定日)	kg (　SD) 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(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

身体所見		血圧：収縮期：(　　)mmHg　拡張期：(　　)mmHg　実施日：(　年　月　日)
症状	全身	低身長(−2.0SD以下)：[なし ・ あり]　体重増加不良：[なし ・ あり]
	筋・骨格	下肢変形：[なし ・ あり]
	精神・神経	テタニー：[なし ・ あり]　痙攣：[なし ・ あり]
	その他	症状(その他)：(　　)

臨床所見(申請時)　※直近の状況を記載

身体所見		血圧：収縮期：(　　)mmHg　拡張期：(　　)mmHg　実施日：(　年　月　日)
症状	全身	低身長(−2.0SD以下)：[なし ・ あり]　体重増加不良：[なし ・ あり]
	筋・骨格	下肢変形：[なし ・ あり]
	精神・神経	テタニー：[なし ・ あり]　痙攣：[なし ・ あり]
	その他	症状(その他)：(　　)

検査所見(診断時)　※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載

尿検査	尿中クレアチニン：(　　)mg/dL　尿中カルシウム：(　　)mg/dL　尿中リン：(　　)mg/dL
血液検査	血清アルブミン：(　　)g/dL　ALP：(　　)U/L　血清Ca：(　　)mg/dL 血清P：(　　)mg/dL　血清Mg：(　　)mg/dL　BUN：(　　)mg/dL 血清クレアチニン：(　　)mg/dL　intact PTH：(　　)pg/mL　1,25-(OH)$_2$ビタミンD：(　　)pg/mL 25-OHビタミンD：(　　)ng/mL ・ 未実施　骨型ALP(BAP)：(　　)μg/L ・ 未実施 intact FGF-23：(　　)pg/mL ・ 未実施
画像検査	単純X線検査(骨)：[未実施 ・ 実施]　実施日：(　年　月　日)　くる病所見：[なし ・ あり] 所見(その他)：(　　)
	CT検査(頭部)：[未実施 ・ 実施]　実施日：(　年　月　日) 所見：(　　)
遺伝学的検査	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施]　実施日：(　年　月　日) 所見：(　　)
検査所見(その他)	検査所見(その他)：(　　)

検査所見(申請時)　※直近の状況を記載

尿検査	尿中クレアチニン：(　　)mg/dL　尿中カルシウム：(　　)mg/dL　尿中リン：(　　)mg/dL
血液検査	血清アルブミン：(　　)g/dL　ALP：(　　)U/L　血清Ca：(　　)mg/dL 血清P：(　　)mg/dL　血清Mg：(　　)mg/dL　BUN：(　　)mg/dL 血清クレアチニン：(　　)mg/dL　intact PTH：(　　)pg/mL　1,25-(OH)$_2$ビタミンD：(　　)pg/mL 25-OHビタミンD：(　　)ng/mL ・ 未実施　骨型ALP(BAP)：(　　)μg/L ・ 未実施 intact FGF-23：(　　)pg/mL ・ 未実施

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

告示番号 16　**内分泌疾患　（　　）　年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉**　

画像検査	単純X線検査（骨）：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　年　月　日）　くる病所見：[　なし　・　あり　] 所見（その他）：（　）
	CT検査（頭部）：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　年　月　日） 所見：（　）
遺伝学的検査	遺伝子検査：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　年　月　日） 所見：（　）
検査所見（その他）	検査所見（その他）：（　）
その他の所見（申請時）　※直近の状況を記載	
鑑別診断	ビタミンD欠乏症：[　なし　・　あり　]　ビタミンD依存症1型：[　なし　・　あり　]　ビタミンD依存症2型：[　なし　・　あり　] 低ホスファターゼ症：[　なし　・　あり　]　骨幹端骨異形成症：[　なし　・　あり　]　Blount病：[　なし　・　あり　] 副甲状腺機能低下症：[　なし　・　あり　]　偽性副甲状腺機能低下症：[　なし　・　あり　]
合併症	食物アレルギー：[　なし　・　あり　] 合併症（その他）：（　）
家族歴	本疾患の家族歴：[　なし　・　あり　・　不明　]
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　（　　）

病名	83 脂肪異栄養症（脂肪萎縮症）			受付種別	□ 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） 年　月　日	体重（測定日）	kg（　SD） 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（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

症状	全身	先端巨大症様症状：[なし ・ あり]	脂肪萎縮（全身性）：[なし ・ あり]	脂肪萎縮（部分性）：[なし ・ あり]
	内分泌・代謝	思春期早発：[なし ・ あり]	高脂血症：[なし ・ あり]	インスリン抵抗性：[なし ・ あり]
	消化器	肝腫：[なし ・ あり]		
	筋・骨格	骨嚢胞：[なし ・ あり]		
	皮膚・粘膜	多毛症：[なし ・ あり]		
	精神・神経	精神運動発達遅滞：[なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明]		
	その他	症状（その他）：（　　）		

臨床所見（申請時） ※直近の状況を記載

症状	全身	先端巨大症様症状：[なし ・ あり]	脂肪萎縮（全身性）：[なし ・ あり]	脂肪萎縮（部分性）：[なし ・ あり]
	内分泌・代謝	思春期早発：[なし ・ あり]	高脂血症：[なし ・ あり]	インスリン抵抗性：[なし ・ あり]
	消化器	肝腫：[なし ・ あり]		
	筋・骨格	骨嚢胞：[なし ・ あり]		
	皮膚・粘膜	多毛症：[なし ・ あり]		
	精神・神経	精神運動発達遅滞：[なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明]		
	その他	症状（その他）：（　　）		

検査所見（診断時） ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載

血液検査	AST：（　　）U/L　ALT：（　　）U/L　中性脂肪（TG）：（　　）mg/dL　総コレステロール：（　　）mg/dL インスリン（IRI）：（　　）μU/mL　HbA_{1c}：（　　）%　血糖値（随時）：（　　）mg/dL 抗核抗体：（　　）倍・未実施　C3：（　　）mg/dL
遺伝学的検査	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　年　月　日 ） 所見：（　　）
検査所見（その他）	検査所見（その他）：（　　）

検査所見（申請時） ※直近の状況を記載

血液検査	AST：（　　）U/L　ALT：（　　）U/L　中性脂肪（TG）：（　　）mg/dL　総コレステロール：（　　）mg/dL インスリン（IRI）：（　　）μU/mL　HbA_{1c}：（　　）%　血糖値（随時）：（　　）mg/dL 抗核抗体：（　　）倍・未実施　C3：（　　）mg/dL
遺伝学的検査	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　年　月　日 ） 所見：（　　）
検査所見（その他）	検査所見（その他）：（　　）

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

告示番号 39　**内分泌疾患　（　　）　年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉**　

その他の所見（申請時）　※直近の状況を記載	
合併症	自己免疫疾患：[　なし　・　あり　]　膜性増殖性糸球体腎炎：[　なし　・　あり　]　肥大型心筋症：[　なし　・　あり　] HIV感染症：[　なし　・　あり　] 合併症（その他）：(　　)

経過（申請時）　※直近の状況を記載	
薬物療法	補充療法：[　なし　・　あり　] 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　(　　)

病名	84 多発性内分泌腫瘍1型（ウェルマー（Wermer）症候群）			受付種別	□ 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） 年　月　日	体重（測定日）	kg（　SD） 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（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

症状	内分泌・代謝	副甲状腺機能亢進症（原発性）：[なし ・ あり]
		膵消化管内分泌腫瘍：ガストリノーマ：[なし ・ あり]　インスリノーマ：[なし ・ あり]　グルカゴノーマ：[なし ・ あり] 膵消化管内分泌腫瘍（その他）：（　　）
		下垂体腺腫：プロラクチノーマ：[なし ・ あり]　GH産生腫瘍：[なし ・ あり]　ACTH産生腫瘍：[なし ・ あり] 下垂体腺腫（非機能性）：[なし ・ あり] 下垂体腺腫（その他）：（　　）
		腫瘍（その他）：血管線維腫：[なし ・ あり]　コラゲノーマ：[なし ・ あり]　胸腺カルチノイド：[なし ・ あり] 腫瘍（その他）：（　　）
	その他	症状（その他）：（　　）

臨床所見（申請時）　※直近の状況を記載

症状	内分泌・代謝	副甲状腺機能亢進症（原発性）：[なし ・ あり]
		膵消化管内分泌腫瘍：ガストリノーマ：[なし ・ あり]　インスリノーマ：[なし ・ あり]　グルカゴノーマ：[なし ・ あり] 膵消化管内分泌腫瘍（その他）：（　　）
		下垂体腺腫：プロラクチノーマ：[なし ・ あり]　GH産生腫瘍：[なし ・ あり]　ACTH産生腫瘍：[なし ・ あり] 下垂体腺腫（非機能性）：[なし ・ あり] 下垂体腺腫（その他）：（　　）
		腫瘍（その他）：血管線維腫：[なし ・ あり]　コラゲノーマ：[なし ・ あり]　胸腺カルチノイド：[なし ・ あり] 腫瘍（その他）：（　　）
	その他	症状（その他）：（　　）

検査所見（診断時）　※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載

画像検査	超音波検査（腹部）：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　年　月　日 ） 所見：（　　）
	単純X線検査（骨）：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　年　月　日 ） 部位：（　　） 所見：（　　）
	MRI検査（頭部）：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　年　月　日 ） 所見：（　　）
	MRI検査（腹部）：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　年　月　日 ） 所見：（　　）
	画像検査（その他）：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　年　月　日 ） 部位：（　　） 所見：（　　）
遺伝学的検査	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　年　月　日 ） 所見：（　　）
検査所見（その他）	検査所見（その他）：（　　）

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

告示番号 64　**内分泌疾患　（　　）　年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉**　

検査所見（申請時）　※直近の状況を記載	
画像検査	超音波検査（腹部）：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　　年　　月　　日　） 所見：（　　）
	単純X線検査（骨）：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　　年　　月　　日　） 部位：（　　） 所見：（　　）
	MRI検査（頭部）：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　　年　　月　　日　） 所見：（　　）
	MRI検査（腹部）：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　　年　　月　　日　） 所見：（　　）
	画像検査（その他）：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　　年　　月　　日　） 部位：（　　） 所見：（　　）
遺伝学的検査	遺伝子検査：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　　年　　月　　日　） 所見：（　　）
検査所見（その他）	検査所見（その他）：（　　）

その他の所見（申請時）　※直近の状況を記載	
合併症	合併症：[　なし　・　あり　] 詳細：（　　）
家族歴	本疾患の家族歴：[　なし　・　あり　・　不明　] 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　（　　）

告示番号	65	内分泌疾患　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉

病名	85　多発性内分泌腫瘍2型（シップル（Sipple）症候群）			受付種別	□　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) 年　月　日	体重(測定日)	kg (　SD) 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(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

病型		MEN2A　・　MEN2B　・　家族性甲状腺髄様癌(FMTC)
症状	全身	Marfan症候群様体型：[　なし　・　あり　]
	内分泌・代謝	副甲状腺機能亢進症(原発性)：[　なし　・　あり　]
		内分泌腫瘍：甲状腺髄様癌：[　なし　・　あり　]　褐色細胞腫：[　なし　・　あり　]
		粘膜神経腫：[　なし　・　あり　] 内分泌腫瘍(その他)：(　　)
	その他	症状(その他)：(　　)

臨床所見(申請時)　※直近の状況を記載

症状	全身	Marfan症候群様体型：[　なし　・　あり　]
	内分泌・代謝	副甲状腺機能亢進症(原発性)：[　なし　・　あり　]
		内分泌腫瘍：甲状腺髄様癌：[　なし　・　あり　]　褐色細胞腫：[　なし　・　あり　]
		粘膜神経腫：[　なし　・　あり　] 内分泌腫瘍(その他)：(　　)
	その他	症状(その他)：(　　)

検査所見(診断時)　※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載

画像検査	超音波検査(腹部)：[　未実施　・　実施　]　実施日：(　年　月　日　) 所見：(　　)
	単純X線検査(骨)：[　未実施　・　実施　]　実施日：(　年　月　日　) 部位：(　　) 所見：(　　)
	MRI検査(頭部)：[　未実施　・　実施　]　実施日：(　年　月　日　) 所見：(　　)
	MRI検査(腹部)：[　未実施　・　実施　]　実施日：(　年　月　日　) 所見：(　　)
	画像検査(その他)：[　未実施　・　実施　]　実施日：(　年　月　日　) 部位：(　　) 所見：(　　)
遺伝学的検査	遺伝子検査：[　未実施　・　実施　]　実施日：(　年　月　日　)　RET遺伝子異常：[　なし　・　あり　] 所見(その他)：(　　)
検査所見(その他)	検査所見(その他)：(　　)

検査所見(申請時)　※直近の状況を記載

画像検査	超音波検査(腹部)：[　未実施　・　実施　]　実施日：(　年　月　日　) 所見：(　　)

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

告示番号 65　**内分泌疾患　（　　）　年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉**　**2/2**

画像検査	単純X線検査（骨）：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　　年　　月　　日　） 部位：（　　） 所見：（　　）
	MRI検査（頭部）：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　　年　　月　　日　） 所見：（　　）
	MRI検査（腹部）：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　　年　　月　　日　） 所見：（　　）
	画像検査（その他）：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　　年　　月　　日　） 部位：（　　） 所見：（　　）
遺伝学的検査	遺伝子検査：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　　年　　月　　日　）　RET遺伝子異常：[　なし　・　あり　] 所見（その他）：（　　）
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	卵巣腫瘍：[　なし　・　あり　]　皮膚アミロイド苔癬：[　なし　・　あり　]　Hirschsprung病：[　なし　・　あり　] 合併症（その他）：（　　）
家族歴	一度近親者（親、子、同胞）に確実な本疾患の診断：[　なし　・　あり　・　不明　] 家系内に4人以上の甲状腺髄様癌患者（かつ甲状腺髄様癌以外のMEN2関連病変を有さない）の集積：[　なし　・　あり　・　不明　]
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　（　　）

告示番号	66	内分泌疾患　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉	1/2

病名	86	84及び85に掲げるもののほか、多発性内分泌腫瘍 （具体的な疾病名：　　）		受付種別	□ 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) 年　月　日	体重(測定日)	kg (　SD) 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(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

症状	内分泌・代謝	内分泌腫瘍：褐色細胞腫：[なし ・ あり]　膵の神経内分泌腫瘍：[なし ・ あり]　カルチノイド：[なし ・ あり] 腫瘍(その他)：(　　)
	その他	症状(その他)：(　　)

臨床所見(申請時)　※直近の状況を記載

症状	内分泌・代謝	内分泌腫瘍：褐色細胞腫：[なし ・ あり]　膵の神経内分泌腫瘍：[なし ・ あり]　カルチノイド：[なし ・ あり] 腫瘍(その他)：(　　)
	その他	症状(その他)：(　　)

検査所見(診断時)　※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載

画像検査	超音波検査(腹部)：[未実施 ・ 実施]　実施日：(　年　月　日) 所見：(　　)
	単純X線検査(骨)：[未実施 ・ 実施]　実施日：(　年　月　日) 部位：(　　) 所見：(　　)
	MRI検査(頭部)：[未実施 ・ 実施]　実施日：(　年　月　日) 所見：(　　)
	MRI検査(腹部)：[未実施 ・ 実施]　実施日：(　年　月　日) 所見：(　　)
	画像検査(その他)：[未実施 ・ 実施]　実施日：(　年　月　日) 部位：(　　) 所見：(　　)
遺伝学的検査	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施]　実施日：(　年　月　日) 所見：(　　)
検査所見(その他)	検査所見(その他)：(　　)

検査所見(申請時)　※直近の状況を記載

画像検査	超音波検査(腹部)：[未実施 ・ 実施]　実施日：(　年　月　日) 所見：(　　)
	単純X線検査(骨)：[未実施 ・ 実施]　実施日：(　年　月　日) 部位：(　　) 所見：(　　)
	MRI検査(頭部)：[未実施 ・ 実施]　実施日：(　年　月　日) 所見：(　　)
	MRI検査(腹部)：[未実施 ・ 実施]　実施日：(　年　月　日) 所見：(　　)

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

告示番号 66　**内分泌疾患　（　　）　年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉**　

画像検査	画像検査（その他）：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　　年　　月　　日　） 部位：（　　） 所見：（　　）
遺伝学的検査	遺伝子検査：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　　年　　月　　日　） 所見：（　　）
検査所見（その他）	検査所見（その他）：（　　）
その他の所見（申請時）　※直近の状況を記載	
合併症	合併症：[　なし　・　あり　] 詳細：（　　）
家族歴	本疾患の家族歴：[　なし　・　あり　・　不明　]
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　（　　）

告示番号 63　内分泌疾患　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉

病名	87 多嚢胞性卵巣症候群			受付種別	□ 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) 年　月　日	体重(測定日)	kg (　SD) 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(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)
症状	内分泌・代謝	稀発月経(女子のみ)：[なし ・ あり]　無排卵周期症(女子のみ)：[なし ・ あり]　無月経(女子のみ)：[なし ・ あり] 陰核肥大(女子のみ)：[なし ・ あり]
	筋・骨格	骨格筋の発達：[なし ・ あり]　線維性骨異形成：[なし ・ あり]
	皮膚・粘膜	多毛症：[なし ・ あり]　座瘡：[なし ・ あり]　男性型脱毛(頭頂部・後頭部)：[なし ・ あり] 黒色棘細胞腫：[なし ・ あり]
	その他	声の低音化：[なし ・ あり]　喉頭隆起の突出：[なし ・ あり] 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)
症状	内分泌・代謝	稀発月経(女子のみ)：[なし ・ あり]　無排卵周期症(女子のみ)：[なし ・ あり]　無月経(女子のみ)：[なし ・ あり] 陰核肥大(女子のみ)：[なし ・ あり]
	筋・骨格	骨格筋の発達：[なし ・ あり]　線維性骨異形成：[なし ・ あり]
	皮膚・粘膜	多毛症：[なし ・ あり]　座瘡：[なし ・ あり]　男性型脱毛(頭頂部・後頭部)：[なし ・ あり] 黒色棘細胞腫：[なし ・ あり]
	その他	声の低音化：[なし ・ あり]　喉頭隆起の突出：[なし ・ あり] 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
	hCG負荷試験：[未実施 ・ 実施]　実施日：(　年　月　日) テストステロン基礎値：(　　)ng/mL ・ ng/dL　テストステロン頂値：(　　)ng/mL ・ ng/dL
	hMG(FSH)負荷試験：[未実施 ・ 実施]　実施日：(　年　月　日) エストラジオール(E_2)基礎値：(　　)pg/mL　エストラジオール(E_2)頂値：(　　)pg/mL
血液検査	テストステロン：(　　)ng/mL ・ ng/dL　エストラジオール(E_2)：(　　)pg/mL　DHEA-S：(　　)ng/mL ・ μg/dL LH：(　　)mIU/mL　FSH：(　　)mIU/mL インスリン(IRI)：(　　)μU/mL　採血タイミング：[空腹時 ・ 食後]　血糖値(空腹時)：(　　)mg/dL
骨年齢	骨年齢 ：[未実施 ・ 実施]　実施日：(　年　月　日)　骨年齢：(　歳　か月)

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

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〉

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（腹部）：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　年　月　日　） 所見：（　）
検査所見（申請時）　※直近の状況を記載	
負荷試験	GnRH（LHRH）負荷試験：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　年　月　日　） LH基礎値：（　）mIU/mL　LH頂値：（　）mIU/mL FSH基礎値：（　）mIU/mL　FSH頂値：（　）mIU/mL
	hCG負荷試験：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　年　月　日　） テストステロン基礎値：（　）ng/mL　・　ng/dL　テストステロン頂値：（　）ng/mL　・　ng/dL
	hMG（FSH）負荷試験：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　年　月　日　） エストラジオール（E_2）基礎値：（　）pg/mL　エストラジオール（E_2）頂値：（　）pg/mL
血液検査	テストステロン：（　）ng/mL　・　ng/dL　エストラジオール（E_2）：（　）pg/mL　DHEA-S：（　）ng/mL　・　μg/dL LH：（　）mIU/mL　FSH：（　）mIU/mL インスリン（IRI）：（　）μU/mL　採血タイミング：[　空腹時　・　食後　]　血糖値（空腹時）：（　）mg/dL
骨年齢	骨年齢　：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　年　月　日　）　骨年齢：（　歳　か月　）
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（腹部）：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　年　月　日　） 所見：（　）
その他の所見（申請時）　※直近の状況を記載	
合併症	内分泌疾患：[　なし　・　あり　] 疾患名：（　）
	合併症（その他）：（　）
経過（申請時）　※直近の状況を記載	
薬物療法	補充療法：[　なし　・　あり　] 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　（　　）

病名	88 ターナー（Turner）症候群			受付種別	□ 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） 年 月 日	体重（測定日）	kg（ SD） 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（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

身体所見	特徴的な徴候：骨格兆候：外反肘：[なし ・ あり]	中手骨・中足骨短縮：[なし ・ あり]
	軟部組織兆候：リンパ浮腫：[なし ・ あり]	翼状頚：[なし ・ あり]
	内臓兆候：馬蹄腎：[なし ・ あり]	大動脈狭窄症：[なし ・ あり]
	特徴的な徴候（その他）：( )	
症状 全身	低身長（−2.0SD以下）：[なし ・ あり]	
症状 内分泌・代謝	性腺異形成：[なし ・ あり]	
症状 精神・神経	精神運動発達遅滞：[なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明]	
症状 その他	症状（その他）：( )	

臨床所見（申請時） ※直近の状況を記載

身体所見	特徴的な徴候：骨格兆候：外反肘：[なし ・ あり]	中手骨・中足骨短縮：[なし ・ あり]
	軟部組織兆候：リンパ浮腫：[なし ・ あり]	翼状頚：[なし ・ あり]
	内臓兆候：馬蹄腎：[なし ・ あり]	大動脈狭窄症：[なし ・ あり]
	特徴的な徴候（その他）：( )	
症状 全身	低身長（−2.0SD以下）：[なし ・ あり]	
症状 内分泌・代謝	性腺異形成：[なし ・ あり]	
症状 精神・神経	精神運動発達遅滞：[なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明]	
症状 その他	症状（その他）：( )	

検査所見（診断時） ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載

血液検査	IGF-1（ソマトメジンC）：( )ng/mL テストステロン：( )ng/mL ・ ng/dL エストラジオール（E_2）：( )pg/mL LH：( )mIU/mL FSH：( )mIU/mL
遺伝学的検査	染色体検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 検体採取部位：[末梢血 ・ その他] 詳細：( ) 核型：[45,X ・ 46,X,i(Xq) ・ 45,X/46,X,i(Xq) ・ 45,X/46,XX ・ 45,X/46,X,r(X) ・ 45,X/47,XXX ・ 46,X,+mar ・ その他] 所見（その他）：( )
	FISH（SRY、Xcen、Ycenなどの領域）：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：( )

検査所見（申請時） ※直近の状況を記載

血液検査	IGF-1（ソマトメジンC）：( )ng/mL テストステロン：( )ng/mL ・ ng/dL エストラジオール（E_2）：( )pg/mL LH：( )mIU/mL FSH：( )mIU/mL

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

告示番号	88	内分泌疾患　（　　）　年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉	2/2

遺伝学的検査	染色体検査：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　年　月　日　） 検体採取部位：[　末梢血　・　その他　]　詳細：（　） 核型：[　45,X　・　46,X,i(Xq)　・　45,X/46,X,i(Xq)　・　45,X/46,XX　・　45,X/46,X,r(X)　・　45,X/47,XXX　・　46,X,+mar　・　その他　] 所見（その他）：（　）
	FISH（SRY、Xcen、Ycenなどの領域）：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　年　月　日　） 所見：（　）
その他の所見（申請時）　※直近の状況を記載	
合併症	卵巣腫瘍：[　なし　・　あり　] 合併症（その他）：（　）
経過（申請時）　※直近の状況を記載	
薬物療法	補充療法：[　なし　・　あり　] 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
	成長ホルモン治療の有無：[　なし　・　あり　] 成長ホルモン治療申請の有無（※身長－2.0SD以下または成長速度が2年以上にわたって－1.5 SD以下である場合、成長ホルモン治療初回申請可）：[　なし　・　あり　]
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　（　　）

告示番号 91　内分泌疾患　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉

病名	89 プラダー・ウィリ（Prader-Willi）症候群			受付種別	□ 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） 年　月　日	体重（測定日）	kg（　SD） 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（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

身体所見		顔貌所見：前額横径の狭小：[なし ・ あり]　アーモンド形の眼瞼裂：[なし ・ あり]　狭い鼻梁：[なし ・ あり] 薄い上唇と下向きの口：[なし ・ あり]
症状	全身	低身長（−2.0SD以下）：[なし ・ あり]
	内分泌・代謝	性腺機能低下：[なし ・ あり]　肥満：[なし ・ あり]
	筋・骨格	筋緊張低下：[なし ・ あり]
	精神・神経	過食：[なし ・ あり]　行動異常：[なし ・ あり] 精神運動発達遅滞：[なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明]
	その他	症状（その他）：（　　）

臨床所見（申請時）　※直近の状況を記載

症状	全身	低身長（−2.0SD以下）：[なし ・ あり]
	内分泌・代謝	性腺機能低下：[なし ・ あり]　肥満：[なし ・ あり]
	筋・骨格	筋緊張低下：[なし ・ あり]
	精神・神経	過食：[なし ・ あり]　行動異常：[なし ・ あり] 精神運動発達遅滞：[なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明]
	その他	症状（その他）：（　　）

検査所見（診断時）　※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載

血液検査	AST：（　　）U/L　ALT：（　　）U/L　中性脂肪（TG）：（　　）mg/dL 総コレステロール：（　　）mg/dL　IGF-1（ソマトメジンC）：（　　）ng/mL テストステロン：（　　）ng/mL ・ ng/dL　エストラジオール（E_2）：（　　）pg/mL LH：（　　）mIU/mL　FSH：（　　）mIU/mL HbA_{1c}：（　　）%　血糖値（空腹時）：（　　）mg/dL インスリン（IRI）：（　　）μU/mL　採血タイミング：[空腹時 ・ 食後]
遺伝学的検査	染色体検査：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　年　月　日 ） 検体採取部位：[末梢血 ・ その他]　詳細：（　　） 所見（15q11-13領域）：[欠失 ・ 片親性ダイソミー ・ 刷り込み変異 ・ 染色体転座 ・ その他] 所見（その他）：（　　）
	FISH（SNRPN領域）：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　年　月　日 ） 所見：（　　）
	メチル化試験（SNRPN-DMR）：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　年　月　日 ） 所見：（　　）
	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　年　月　日 ） 所見：（　　）

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

告示番号 91　**内分泌疾患　（　　）　年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉**　

検査所見（申請時）　※直近の状況を記載	
血液検査	AST：（　　）U/L　ALT：（　　）U/L　中性脂肪（TG）：（　　）mg/dL 総コレステロール：（　　）mg/dL　IGF-1（ソマトメジンC）：（　　）ng/mL テストステロン：（　　）ng/mL　・　ng/dL　エストラジオール（E_2）：（　　）pg/mL LH：（　　）mIU/mL　FSH：（　　）mIU/mL HbA_{1c}：（　　）%　血糖値（空腹時）：（　　）mg/dL インスリン（IRI）：（　　）μU/mL　採血タイミング：[　空腹時　・　食後　]
遺伝学的検査	染色体検査：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　　年　　月　　日　） 検体採取部位：[　末梢血　・　その他　]　詳細：（　　） 所見（15q11-13領域）：[　欠失　・　片親性ダイソミー　・　刷り込み変異　・　染色体転座　・　その他　] 所見（その他）：（　　）
	FISH（SNRPN領域）：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　　年　　月　　日　） 所見：（　　）
	メチル化試験（SNRPN-DMR）：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　　年　　月　　日　） 所見：（　　）
	遺伝子検査：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　　年　　月　　日　） 所見：（　　）

その他の所見（申請時）　※直近の状況を記載	
合併症	合併症：[　なし　・　あり　] 詳細：（　　）

経過（申請時）　※直近の状況を記載	
薬物療法	補充療法：[　なし　・　あり　] 詳細：（　　）
	機能抑制療法：[　なし　・　あり　] 詳細：（　　）
	薬物療法（その他）：（　　）
手術	手術：[　未実施　・　実施予定　・　実施済　]　実施日：（　　年　　月　　日　） 術式：（　　）
治療	治療（その他）：（　　）
今後の治療方針	今後の治療方針：（　　）
	治療見込み期間（入院）　開始日：（　　年　　月　　日　）　終了日：（　　年　　月　　日　） 治療見込み期間（外来）　開始日：（　　年　　月　　日　）　終了日：（　　年　　月　　日　）　通院頻度　（　　）回／月
	成長ホルモン治療の有無：[　なし　・　あり　] 成長ホルモン治療申請の有無（※身長－2.0SD以下または成長速度が2年以上にわたって－1.5 SD以下である場合、成長ホルモン治療初回申請可）：[　なし　・　あり　]

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　（　　）

告示番号 92　内分泌疾患　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉

病名	90 マッキューン・オルブライト（McCune-Albright）症候群			受付種別	□ 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) 年　月　日	体重(測定日)	kg（　SD) 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（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	内分泌・代謝	不正性器出血（女子のみ）：[なし ・ あり]
	筋・骨格	線維性骨異形成：[なし ・ あり]
	皮膚・粘膜	カフェ・オ・レ斑：[なし ・ あり]
	その他	症状（その他）：(　　)

臨床所見（申請時）　※直近の状況を記載

二次性徴(Tanner分類)		二次性徴：[なし ・ あり]　思春期開始年齢：(　歳　か月) 乳房発育（女子のみ）：[Ⅰ ・ Ⅱ ・ Ⅲ ・ Ⅳ ・ Ⅴ]　年齢（発現時）：(　歳　か月) 陰毛発育（男女共）：[Ⅰ ・ Ⅱ ・ Ⅲ ・ Ⅳ ・ Ⅴ]　年齢（発現時）：(　歳　か月) 外性器発達（男子のみ）：[Ⅰ ・ Ⅱ ・ Ⅲ ・ Ⅳ ・ Ⅴ]　年齢（発現時）：(　歳　か月)　精巣容量：(　　)mL
症状	内分泌・代謝	不正性器出血（女子のみ）：[なし ・ あり]
	筋・骨格	線維性骨異形成：[なし ・ あり]
	皮膚・粘膜	カフェ・オ・レ斑：[なし ・ あり]
	その他	症状（その他）：(　　)

検査所見（診断時）　※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載

負荷試験	GnRH（LHRH）負荷試験：[未実施 ・ 実施]　実施日：(　年　月　日) 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_2）：(　　)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（腹部）：[未実施 ・ 実施]　実施日：(　年　月　日) 所見：(　　)
遺伝学的検査	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施]　実施日：(　年　月　日) 所見：(　　)

検査所見（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

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

告示番号	92	内分泌疾患　（　　）　年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉	2/2

血液検査	テストステロン：（　　）ng/mL　・　ng/dL　　エストラジオール（E_2）：（　　）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（腹部）：[　未実施　・　実施　]　　実施日：（　　年　　月　　日　） 所見：（　　）
遺伝学的検査	遺伝子検査：[　未実施　・　実施　]　　実施日：（　　年　　月　　日　） 所見：（　　）
その他の所見（申請時）　※直近の状況を記載	
合併症	内分泌疾患：[　なし　・　あり　] 疾患名：（　　）
	合併症（その他）：（　　）
経過（申請時）　※直近の状況を記載	
薬物療法	補充療法：[　なし　・　あり　] 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　（　　）

告示番号 89　内分泌疾患　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉

病名	91　ヌーナン（Noonan）症候群			受付種別	□　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） 年　月　日	体重（測定日）	kg（　SD） 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（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
身体所見		身長（診断時）　※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載：（　　）cm　実施日：（　年　月　日　） 眼間開離：[　なし　・　あり　]　眼瞼下垂：[　なし　・　あり　]　内眼角贅皮：[　なし　・　あり　]　眼裂斜下：[　なし　・　あり　] 耳介低位：[　なし　・　あり　]　高口蓋：[　なし　・　あり　]　小顎症：[　なし　・　あり　]
症状	全身	低身長（−2.0SD以下）：[　なし　・　あり　]　低身長（−2.0SDより大きく−1.88SD以下）：[　なし　・　あり　] 低身長（−1.88SDより大きく−1.33SD以下）：[　なし　・　あり　]
	呼吸器・循環器	肺動脈狭窄：[　なし　・　あり　]　心房中隔欠損症：[　なし　・　あり　]　心筋症：[　なし　・　あり　] 心電図所見（左前胸部誘導におけるR／S比の以上、幅広いQRS波、左軸偏位、巨大Q波）：[　なし　・　あり　]
	腎・泌尿器	停留精巣：[　なし　・　あり　]　部位：[　腹腔内　・　鼠蹊部　・　陰嚢内　]
	筋・骨格	鳩胸：[　なし　・　あり　]　漏斗胸：[　なし　・　あり　]　広い胸郭：[　なし　・　あり　]
	精神・神経	精神運動発達遅滞：[　なし　・　境界　・　軽度　・　中等度　・　重度　・　最重度　・　不明　]
	その他	リンパ管形成異常：[　なし　・　あり　] 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	低身長（−2.0SD以下）：[　なし　・　あり　]
	精神・神経	精神運動発達遅滞：[　なし　・　境界　・　軽度　・　中等度　・　重度　・　最重度　・　不明　]
	その他	症状（その他）：（　　）

検査所見（診断時）　※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載

血液検査	IGF-1（ソマトメジンC）：（　　）ng/mL　テストステロン：（　　）ng/mL　・　ng/dL エストラジオール（E_2）：（　　）pg/mL　LH：（　　）mIU/mL　FSH：（　　）mIU/mL
遺伝学的検査	遺伝子検査：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　年　月　日　） 所見：（　　）

検査所見（申請時）　※直近の状況を記載

血液検査	IGF-1（ソマトメジンC）：（　　）ng/mL　テストステロン：（　　）ng/mL　・　ng/dL エストラジオール（E_2）：（　　）pg/mL　LH：（　　）mIU/mL　FSH：（　　）mIU/mL
遺伝学的検査	遺伝子検査：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　年　月　日　） 所見：（　　）

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

告示番号 89　**内分泌疾患　（　　）　年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉**　

その他の所見（申請時）　※直近の状況を記載	
合併症	肺動脈狭窄：[　なし　・　あり　]　心房中隔欠損症：[　なし　・　あり　]　心筋症：[　なし　・　あり　] リンパ管形成異常：[　なし　・　あり　] 合併症（その他）：(　　)
家族歴	一度近親者（親、子、同胞）に確実な本疾患の診断：[　なし　・　あり　・　不明　] 一度近親者（親、子、同胞）に本疾患の可能性：[　なし　・　あり　・　不明　]
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
	成長ホルモン治療の有無：[　なし　・　あり　] 成長ホルモン治療申請の有無（※身長－2.0SD以下である場合、成長ホルモン治療初回申請可）：[　なし　・　あり　]

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　(　　)

告示番号 90　内分泌疾患　（　　）年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉

病名	92 バルデー・ビードル（Bardet-Biedl）症候群			受付種別	□ 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） 年　月　日	体重（測定日）	kg（　SD） 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（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

症状	内分泌・代謝	性腺機能低下：[なし ・ あり]　肥満：[なし ・ あり]
	腎・泌尿器	腎機能低下：[なし ・ あり]
	筋・骨格	多指・合指症：[なし ・ あり]
	精神・神経	精神運動発達遅滞：[なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明]
	眼	網膜色素変性：[なし ・ あり]
	その他	症状（その他）：（　　）

臨床所見（申請時） ※直近の状況を記載

症状	内分泌・代謝	性腺機能低下：[なし ・ あり]　肥満：[なし ・ あり]
	腎・泌尿器	腎機能低下：[なし ・ あり]
	筋・骨格	多指・合指症：[なし ・ あり]
	精神・神経	精神運動発達遅滞：[なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明]
	眼	網膜色素変性：[なし ・ あり]
	その他	症状（その他）：（　　）

検査所見（診断時） ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載

血液検査	AST：（　　）U/L　ALT：（　　）U/L　中性脂肪（TG）：（　　）mg/dL 総コレステロール：（　　）mg/dL　IGF-1（ソマトメジンC）：（　　）ng/mL テストステロン：（　　）ng/mL ・ ng/dL　エストラジオール（E_2）：（　　）pg/mL LH：（　　）mIU/mL　FSH：（　　）mIU/mL HbA_{1c}：（　　）%　血糖値（空腹時）：（　　）mg/dL インスリン（IRI）：（　　）μU/mL　採血タイミング：[空腹時 ・ 食後]
遺伝学的検査	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　年　月　日 ） 所見：（　　）

検査所見（申請時） ※直近の状況を記載

血液検査	AST：（　　）U/L　ALT：（　　）U/L　中性脂肪（TG）：（　　）mg/dL 総コレステロール：（　　）mg/dL　IGF-1（ソマトメジンC）：（　　）ng/mL テストステロン：（　　）ng/mL ・ ng/dL　エストラジオール（E_2）：（　　）pg/mL LH：（　　）mIU/mL　FSH：（　　）mIU/mL HbA_{1c}：（　　）%　血糖値（空腹時）：（　　）mg/dL インスリン（IRI）：（　　）μU/mL　採血タイミング：[空腹時 ・ 食後]
遺伝学的検査	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　年　月　日 ） 所見：（　　）

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

告示番号 90　**内分泌疾患　（　　）　年度　小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉**　

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）：(　　)
栄養管理	経管栄養（腸瘻・胃瘻含む）：[　なし　・　あり　]
手術	胃バイパス術：[　未実施　・　実施予定　・　実施済　]　実施日：(　　年　　月　　日　) 胃食道逆流術：[　未実施　・　実施予定　・　実施済　]　実施日：(　　年　　月　　日　)
	手術（その他）：[　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　(　　)