

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〈継続申請用〉		1/2	
病名		90 マッキューン・オルブライト (McCune-Albright) 症候群								受付種別		<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ()	
受給者番号				受診日		年 月 日							
ふりがな 氏名 (Alphabet)						(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)							
生年月日		年 月 日		意見書記載時の年齢		歳 か月 日		性別		男 ・ 女 ・ 性別未決定			
出生体重		g		出生週数		在胎 週 日		出生時に住民登録をした所		() 都道府県 () 市区町村			
現在の身長・体重		身長 (測定日)		cm (SD)		体重 (測定日)		kg (SD)		BMI			
				年 月 日				年 月 日		肥満度 %			
発病時期		年 月 頃		初診日		年 月 日							
就学・就労状況		就学前 ・ 小中学校 (通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級) ・ 特別支援学校 (小中学部 ・ 専攻科を含む高等部) ・ 高等学校 (専攻科を含む) ・ 高等専門学校 ・ 専門学校 / 専修学校 など ・ 大学 (短期大学を含む) ・ 就労 (就学中の就労も含む) ・ 未就学かつ未就労 ・ その他 ()											
手帳取得状況		身体障害者手帳		なし ・ あり (等級 1 級 ・ 2 級 ・ 3 級 ・ 4 級 ・ 5 級 ・ 6 級)						療育手帳		なし ・ あり	
		精神障害者保健福祉手帳 (障害者手帳)			なし ・ あり (等級 1 級 ・ 2 級 ・ 3 級)								
現状評価		治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能						運動制限の必要性		なし ・ あり			
		人工呼吸器等装着者認定基準に該当			する ・ しない ・ 不明			小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当			する ・ しない ・ 不明		
臨床所見 (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 (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 (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 : ()											

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〈継続申請用〉										2/2
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 ()						