

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 (継続申請用)		1/2				
病名	1 先天性下垂機能低下症							受付種別	<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ()							
保険情報	保険者番号 ()		被保険者記号 ()		被保険者番号 ()		被保険者個人単位枝番 ()									
	資格取得年月日		年	月	日											
氏名	(セイメイ) (姓名)			以前の登録氏名 (変更のある場合)			(セイメイ) (姓名)									
住所	郵便番号 (-)		都道府県 ()		市区町村 ()		丁目番地等 ()									
生年月日	年		月	日	性別		男性 ・ 女性 ・ 性別未決定									
出生地	都道府県 ()		市区町村 ()													
出生体重	g	出生週数		在胎		週 日										
発症時期	年		月	頃	記載時の年齢		満 歳		か月 日							
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	%						
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	治療 ・ 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																
最終受診日	(年 月 日)															
二次性徴 (Tanner分類)	二次性徴: [なし ・ あり]		思春期開始年齢: (歳 月)		乳房発育 (女子のみ): [I ・ II ・ III ・ IV ・ V]		年齢 (発現時): (歳 月)		陰毛発育 (男女共): [I ・ II ・ III ・ IV ・ V]		年齢 (発現時): (歳 月)		外生殖器発達 (男子のみ): [I ・ II ・ III ・ IV ・ V]	年齢 (発現時): (歳 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]		
	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]
	症状		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]
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]		耐寒性低下: [なし ・ あり]		症候性低血糖 (乳幼児): [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 (申請時) ※直近の状況を記載																
尿検査	一日尿量 (体表面積当): ()mL/m ² /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 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	骨盤位経産分娩: [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]
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 ()

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
医療機関所在地	診断年月日	年	月	日
電話番号	診療科			
	医師名			
	小児慢性特定疾病 指定医番号 ()			

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年 月 日
公費負担者番号	
認定結果	[認定 ・ 不認定]
研究同意の有無	[有 ・ 無]
受給者番号	受給者番号 () 有効期限 年 月 日
階層区分	[生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 年 月 日