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〉

病名	1　先天性下垂体機能低下症	受付種別	□ 継続　転出実施主体名 □ 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（　　ー　　）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）　年　　月　　日 体重（測定日）　kg（　　SD）　年　　月　　日 BMI 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

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　　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（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）：（　　）

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2025a-001

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〉　**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
	成長ホルモン治療の有無：[　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