

| 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) | | 1/3 | | | | | | |
|---|---|--|-------------------------------|--------------------------|--|------------------------|-----------------------------|--------------------------|--------------------|--------------------------|------------------|----------------------------|-----------------|-----------------|
| 病名 | 2 後天性下垂体機能低下症 | | | | | 受付種別 | <input type="checkbox"/> 新規 | | | | | | | |
| 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) | | | 以前の登録氏名 (変更のある場合) | | (セイメイ) (姓) | | | | | | | | |
| 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 (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 | | | | | | | | | | | | | | |
| 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] | | | | | | | |
| 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] | | |
| | 腎・泌尿器 | 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] | | |
| | 皮膚・粘膜 | 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] | | | | | | |
| | 精神・神経 | 皮膚乾燥: [なし ・ あり] | | 脱毛: [なし ・ あり] | | | | | | | | | | |
| | 耳鼻咽喉 | 意識障害 (低血糖や低ナトリウム血症による): [なし ・ あり] | | | | | | | | | | | | |
| | その他 | 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 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] | | | | | | | |
| 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] | | |
| | 腎・泌尿器 | 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] | | |
| | 皮膚・粘膜 | 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] | | | | | | |
| | 精神・神経 | 皮膚乾燥: [なし ・ あり] | | 脱毛: [なし ・ あり] | | | | | | | | | | |
| | 耳鼻咽喉 | 意識障害 (低血糖や低ナトリウム血症による): [なし ・ あり] | | | | | | | | | | | | |
| | その他 | 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 | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |

| 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) | | 2/3 | |
|------------------------|---|--------------------------------|--|--|--|-------------------------------------|--|---------------------------|--|------------------|--|
| 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) | | インスリン基礎値: ()µg/dL | | インスリン頂値: ()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 ₂ O | | 最大尿浸透圧: ()mOsm/kg・H ₂ O | | ADH頂値: ()pg/mL | | | |
| | パソプレシン負荷試験 (水溶性ピトレスイン5単位皮下注後30分ごとに2時間採尿): [未実施 ・ 実施] | 実施日: (年 月 日) | | 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 (補正值): ()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 (補正值): ()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 (補正值): ()ng/mL | | | |
| | 迅速ACTH (コートロシン) 負荷: [未実施 ・ 実施] | 実施日: (年 月 日) | | 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/m ² /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 (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/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 (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 () | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | |
|-------------|----------|--------------|-----|------------------|---|------------------------------|------------|
| 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〉 | 3/3 |
| 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 |