

|                        |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                 |                                            |                             |                                                                         |                      |                                                 |  |                                                                                 |  |         |   |
|------------------------|--------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|--------------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------------------------------------------------|----------------------|-------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------|--|---------|---|
| 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〈継続申請用〉                                                           |  | 1/2     |   |
| 病名                     |        | 9 高プロラクチン血症                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                 |                                            |                             |                                                                         |                      | 受付種別                                            |  | <input type="checkbox"/> 継続      転出実施主体名<br><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 ( )<br>資格取得年月日                      年                      月                      日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                 |                                            |                             |                                                                         |                      |                                                 |  |                                                                                 |  |         |   |
| 氏名                     |        | (セイメイ)<br>(姓)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                 |                                            |                             | 以前の登録氏名<br>(変更のある場合)                                                    |                      | (セイメイ)<br>(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<br>身長・体重           |        | 身長<br>(測定日)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | cm (                      SD)                   |                                            |                             |                                                                         | 体重<br>(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<br>(Tanner分類)     |        | 二次性徴:[ なし ・ あり ]      思春期開始年齢:(                      歳                      か月 )<br>乳房発育 (女子のみ):[ I ・ II ・ III ・ IV ・ V ]                      年齢 (発現時):(                      歳                      か月 )<br>陰毛発育 (男女共):[ I ・ II ・ III ・ IV ・ V ]                      年齢 (発現時):(                      歳                      か月 )<br>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<br>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 ]<br>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 ]<br>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 (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 ]<br>ACTH系:[ 正常 ・ 低下 ・ 亢進 ]                      GH系:[ 正常 ・ 低下 ・ 亢進 ]<br>パソプレシン系:[ 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 )<br>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 ]<br>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 ]<br>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 ]<br>詳細:(                      )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                 |                                            |                             |                                                                         |                      |                                                 |  |                                                                                 |  |         |   |
|                        |        | 機能抑制療法:[ なし ・ あり ]<br>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 )<br>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                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                 |                                            |                             |                                                                         |                      |                                                 |  |                                                                                 |  |         |   |

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

・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 ( )<br>被保険者番号 ( ) 被保険者個人単位枝番 ( )<br>資格取得年月日 年 月 日 |