

告示番号		20		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	63 精巣形成不全							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		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 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)								
	外生殖器発達 (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	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]			
	腎・泌尿器	小陰茎 (男子のみ): [なし ・ あり]				骨年齢遅延: [なし ・ あり]							
	その他	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]			
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)								
	外生殖器発達 (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	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]			
	腎・泌尿器	小陰茎 (男子のみ): [なし ・ あり]				骨年齢遅延: [なし ・ あり]							
	その他	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]			
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	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									
hCG負荷試験: [未実施 ・ 実施]													
実施日: (年 月 日)				テストステロン基礎値: () ng/mL ・ ng/dL				テストステロン頂値: () ng/mL ・ ng/dL					
血液検査	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 (頭部): [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: ()				

告示番号 **20** 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**

耳鼻咽喉科学的検査	嗅覚検査：[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)：()
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
	hCG負荷試験：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) テストステロン基礎値：()ng/mL ・ ng/dL テストステロン頂値：()ng/mL ・ ng/dL
血液検査	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 (頭部)：[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：()
耳鼻咽喉科学的検査	嗅覚検査：[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：()
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
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