

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		☐ 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 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													
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] 小陰茎 (男子のみ)：[なし ・ あり] 骨年齢遅延：[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]													
	その他	外性器異常：[なし ・ あり] 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 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													
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] 小陰茎 (男子のみ)：[なし ・ あり] 骨年齢遅延：[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]													
	その他	外性器異常：[なし ・ あり] 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		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：()													

