

告示番号		21		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	64 卵巣形成不全							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 (-)		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]		月経不順 (女子のみ): [なし ・ あり]		無月経 (女子のみ): [なし ・ あり]		骨年齢遅延: [なし ・ あり]					
			外生殖器異常: [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]		月経不順 (女子のみ): [なし ・ あり]		無月経 (女子のみ): [なし ・ あり]		骨年齢遅延: [なし ・ あり]					
			外生殖器異常: [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							
	hMG (FSH) 負荷試験: [未実施 ・ 実施]		実施日: (年 月 日)		エストラジオール (E ₂) 基礎値: () pg/mL		エストラジオール (E ₂) 頂値: () pg/mL											
血液検査	テストステロン: () ng/mL ・ 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	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): ()

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
	hMG (FSH) 負荷試験: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) エストラジオール (E ₂) 基礎値: ()pg/mL エストラジオール (E ₂) 頂値: ()pg/mL

血液検査 テストステロン: ()ng/mL ・ 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	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: ()

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