

告示番号		22		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	65 63及び64に掲げるもののほか、高ゴナドトロピン性性腺機能低下症					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																			
具体的な疾病名	( )				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	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 ]		小陰茎 (男子のみ): [ なし ・ あり ]		骨年齢遅延: [ なし ・ あり ]					
		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	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 ]		小陰茎 (男子のみ): [ なし ・ あり ]		骨年齢遅延: [ なし ・ あり ]					
		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												
	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 <sub>2</sub> ) 基礎値: ( ) pg/mL		エストラジオール (E <sub>2</sub> ) 頂値: ( ) 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: ( )														

告示番号 **22** 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**

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
	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 <sub>2</sub> ) 基礎値：( )pg/mL エストラジオール (E <sub>2</sub> ) 頂値：( )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