

告示番号		51		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	67 混合性性腺異形成症							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																			
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		
	診断													GH分泌不全症: [なし ・ あり]					
	症状	全身	低身長 (-2.0SD以下): [なし ・ あり]																
		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]			陰核肥大 (女子のみ): [なし ・ あり]	
陰唇癒合 (女子のみ): [なし ・ あり]			小陰茎 (男子のみ): [なし ・ あり]			女性化乳房 (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		
	診断													GH分泌不全症: [なし ・ あり]					
	症状	全身	低身長 (-2.0SD以下): [なし ・ あり]																
		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]			陰核肥大 (女子のみ): [なし ・ あり]	
陰唇癒合 (女子のみ): [なし ・ あり]			小陰茎 (男子のみ): [なし ・ あり]			女性化乳房 (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								
	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												
尿検査	尿中ステロイド分析: ()																		

告示番号 51		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
血液検査	テストステロン：()ng/mL ・ ng/dL DHEA：()ng/mL テストステロン/ジヒドロテストステロン比：()	エストラジオール (E ₂)：()pg/mL LH：()mIU/mL アンドロステンジオン：()ng/mL	DHEA-S：()ng/mL ・ μg/dL FSH：()mIU/mL	
病理検査	性腺組織生検：[未実施 ・ 実施]	実施日：()年 ()月 ()日	片側精巣・片側索状性腺：[なし ・ あり]	
画像検査	超音波検査またはCTまたはMRI検査 (腹部)：[未実施 ・ 実施]	実施日：()年 ()月 ()日	子宮の存在：[なし ・ あり]	
遺伝学的検査	染色体検査：[未実施 ・ 実施]	実施日：()年 ()月 ()日	所見：()	
	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施]	実施日：()年 ()月 ()日	SRV遺伝子：[なし ・ あり]	
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 FSH：基礎値：()mIU/mL	LH頂値：()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
尿検査	尿中ステロイド分析：()			
血液検査	テストステロン：()ng/mL ・ ng/dL DHEA：()ng/mL テストステロン/ジヒドロテストステロン比：()	エストラジオール (E ₂)：()pg/mL LH：()mIU/mL アンドロステンジオン：()ng/mL	DHEA-S：()ng/mL ・ μg/dL FSH：()mIU/mL	
病理検査	性腺組織生検：[未実施 ・ 実施]	実施日：()年 ()月 ()日	片側精巣・片側索状性腺：[なし ・ あり]	
画像検査	超音波検査またはCTまたはMRI検査 (腹部)：[未実施 ・ 実施]	実施日：()年 ()月 ()日	子宮の存在：[なし ・ あり]	
遺伝学的検査	染色体検査：[未実施 ・ 実施]	実施日：()年 ()月 ()日	所見：()	
	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施]	実施日：()年 ()月 ()日	SRV遺伝子：[なし ・ あり]	
その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載				
合併症	性腺腫瘍：[なし ・ あり]	合併症 (その他)：()		
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