

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 (継続申請用)		1/2		
病名	67 混合性性腺異形成症					受付種別	<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ( )			
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		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 (申請時) ※直近の状況を記載										
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									
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	外性器異常: [ なし ・ あり ] 症状 (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									
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 エストラジオール (E <sub>2</sub> ): ( ) pg/mL DHEA-S: ( ) ng/mL ・ μg/dL DHEA: ( ) ng/mL LH: ( ) mIU/mL FSH: ( ) mIU/mL テストステロン/ジヒドロテストステロン比: ( ) アンドロステンジオン: ( ) ng/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 ) SRY遺伝子: [ なし ・ あり ] 遺伝子異常 (その他): ( )									
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