

告示番号		49		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	68 5α-還元酵素欠損症							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		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 ]		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 ]		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									
	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 ]		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 ]		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		ジヒドロテストステロン基礎値: ( ) ng/mL ・ ng/dL		ジヒドロテストステロン頂値: ( ) ng/mL ・ ng/dL		テストステロン/ジヒドロテストステロン比: ( )	
	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 )		性腺所見: 精巣: [ 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 ]												

告示番号 **49** 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	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)：( )

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 ジヒドロテストステロン基礎値：( )ng/mL ・ ng/dL ジヒドロテストステロン頂値：( )ng/mL ・ ng/dL テストステロン/ジヒドロテストステロン比：( )

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 ) 性腺所見：精巣：[ 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