

告示番号 <b>47</b>		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	<b>70 アンドロゲン不応症</b>			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)	
	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	BMI 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	治癒 ・ 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 月 )			
	乳房発育 (女子のみ): [ I ・ II ・ III ・ IV ・ V ]		年齢 (発現時): ( 歳 月 )			
	陰毛発育 (男女共): [ I ・ II ・ III ・ IV ・ V ]		年齢 (発現時): ( 歳 月 )			
	外生殖器発達 (男子のみ): [ I ・ II ・ III ・ IV ・ V ]		年齢 (発現時): ( 歳 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 ]		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 (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: 詳細: ( )					
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