

告示番号		50		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	71 68から70までに掲げるもののほか、46,XY性分化疾患					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										
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	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]					
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 ₂): () pg/mL		DHEA-S: () ng/mL ・ μg/dL					
	DHEA: () ng/mL		LH: () mIU/mL		FSH: () mIU/mL		LH/FSH: ()			
	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