

告示番号		52		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	72 46,XX 性分化疾患							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	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 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 )			外性器発達 (男子のみ): [ I ・ II ・ III ・ IV ・ V ]			年齢 (発現時): ( 歳 月 )			
	外性器発達 (男子のみ): [ I ・ II ・ III ・ IV ・ V ]			年齢 (発現時): ( 歳 月 )			精巣容量: ( )mL						
症状	内分泌・代謝	二次性徴の欠如または進行不全: [ なし ・ あり ]			月経不順 (女子のみ): [ 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 ]		
	その他	月経不順 (女子のみ): [ なし ・ あり ]			陰唇癒合 (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 ]			骨年齢遅延: [ 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 ]		
		外性器異常: [ 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 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 )			外性器発達 (男子のみ): [ I ・ II ・ III ・ IV ・ V ]			年齢 (発現時): ( 歳 月 )			
	外性器発達 (男子のみ): [ I ・ II ・ III ・ IV ・ V ]			年齢 (発現時): ( 歳 月 )			精巣容量: ( )mL						
症状	内分泌・代謝	二次性徴の欠如または進行不全: [ なし ・ あり ]			月経不順 (女子のみ): [ 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 ]		
	その他	月経不順 (女子のみ): [ なし ・ あり ]			陰唇癒合 (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 ]			骨年齢遅延: [ 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 ]		
		外性器異常: [ 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			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 ]								

告示番号 **52** 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 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