

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〈継続申請用〉		1/2		
病名		72 46,XX 性分化疾患						受付種別		☐ 継続 転出実施主体名 ☐ 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)				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 か月 日								
現在の 身長・体重		身長 (測定日)		cm () 年 月 日		SD) (測定日)		体重 () 年 月 日		kg () 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												
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] 女性化乳房 (男子のみ): [なし ・ あり] 骨年齢遅延: [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 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: ()												

