

告示番号 <b>63</b>		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	<b>87 多嚢胞性卵巣症候群</b>			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	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 (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 )					
症状	内分泌・代謝	稀発月経 (女子のみ): [ なし ・ あり ] 無排卵周期症 (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 ]				
	筋・骨格	骨格筋の発達: [ なし ・ あり ] 線維性骨異形成: [ なし ・ あり ]				
	皮膚・粘膜	多毛症: [ なし ・ あり ] 座瘡: [ なし ・ あり ] 男性型脱毛 (頭頂部・後頭部): [ なし ・ あり ] 黒色棘細胞腫: [ なし ・ あり ]				
	その他	声の低音化: [ なし ・ あり ] 喉頭隆起の突出: [ 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 )					
症状	内分泌・代謝	稀発月経 (女子のみ): [ なし ・ あり ] 無排卵周期症 (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 ]				
	筋・骨格	骨格筋の発達: [ なし ・ あり ] 線維性骨異形成: [ なし ・ あり ]				
	皮膚・粘膜	多毛症: [ なし ・ あり ] 座瘡: [ なし ・ あり ] 男性型脱毛 (頭頂部・後頭部): [ なし ・ あり ] 黒色棘細胞腫: [ なし ・ あり ]				
	その他	声の低音化: [ なし ・ あり ] 喉頭隆起の突出: [ 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					
	hMG (FSH) 負荷試験: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) エストラジオール (E <sub>2</sub> ) 基礎値: ( )pg/mL エストラジオール (E <sub>2</sub> ) 頂値: ( )pg/mL					
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 LH: ( )mIU/mL FSH: ( )mIU/mL インスリン (IRI): ( )μU/mL 採血タイミング: [ 空腹時 ・ 食後 ] 血糖値 (空腹時): ( )mg/dL					
骨年齢	骨年齢: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 骨年齢: ( 歳 か月 )					

画像検査	超音波検査 (腹部) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 所見 : ( )
	CTまたはMRI検査 (腹部) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 所見 : ( )

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
	hMG (FSH) 負荷試験 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) エストラジオール (E <sub>2</sub> ) 基礎値 : ( )pg/mL エストラジオール (E <sub>2</sub> ) 頂値 : ( )pg/mL

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 LH : ( )mIU/mL FSH : ( )mIU/mL インスリン (IRI) : ( )μU/mL 採血タイミング : [ 空腹時 ・ 食後 ] 血糖値 (空腹時) : ( )mg/dL
------	--

骨年齢	骨年齢 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 骨年齢 : ( 歳 か月 )
-----	---

画像検査	超音波検査 (腹部) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 所見 : ( )
	CTまたはMRI検査 (腹部) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 所見 : ( )

その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載

合併症	内分泌疾患 : [ なし ・ あり ] 疾患名 : ( )
	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