

告示番号		89		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)		1/2		
病名	91 ヌーナン (Noonan) 症候群					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)			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 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					
身体所見	身長 (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: ( )cm 実施日: ( 年 月 日 )									
	眼間開離: [ なし ・ あり ]		眼瞼下垂: [ なし ・ あり ]		内眼角贅皮: [ なし ・ あり ]		眼裂斜下: [ なし ・ あり ]			
	耳介低位: [ なし ・ あり ]		高口蓋: [ なし ・ あり ]		小顎症: [ なし ・ あり ]					
症状	全身	低身長 (-2.0SD以下): [ なし ・ あり ]				低身長 (-2.0SDより大きく-1.88SD以下): [ なし ・ あり ]				
	呼吸器・循環器	肺動脈狭窄: [ なし ・ あり ]		心房中隔欠損症: [ なし ・ あり ]		心筋症: [ なし ・ あり ]				
	腎・泌尿器	停留精巣: [ なし ・ あり ]		部位: [ 腹腔内 ・ 鼠蹊部 ・ 陰囊内 ]						
	筋・骨格	鳩胸: [ なし ・ あり ]		漏斗胸: [ なし ・ あり ]		広い胸郭: [ なし ・ あり ]				
	精神・神経	精神運動発達遅滞: [ なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明 ]								
その他	リンパ管形成異常: [ 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 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	全身	低身長 (-2.0SD以下): [ なし ・ あり ]								
	精神・神経	精神運動発達遅滞: [ なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明 ]								
	その他	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										
血液検査	IGF-1 (ソマトメジンC): ( )ng/mL		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		LH: ( )mIU/mL		FSH: ( )mIU/mL					
遺伝学的検査	遺伝子検査: [ 未実施 ・ 実施 ]		実施日: ( 年 月 日 )							
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載										
血液検査	IGF-1 (ソマトメジンC): ( )ng/mL		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		LH: ( )mIU/mL		FSH: ( )mIU/mL					
遺伝学的検査	遺伝子検査: [ 未実施 ・ 実施 ]		実施日: ( 年 月 日 )							

その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載	
合併症	肺動脈狭窄:[ なし ・ あり ]      心房中隔欠損症:[ なし ・ あり ]      心筋症:[ なし ・ あり ] リンパ管形成異常:[ なし ・ あり ] 合併症 (その他):( )
家族歴	一度近親者 (親、子、同胞) に確実な本疾患の診断:[ なし ・ あり ・ 不明 ] 一度近親者 (親、子、同胞) に本疾患の可能性:[ なし ・ あり ・ 不明 ]
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
	成長ホルモン治療の有無:[ なし ・ あり ] 成長ホルモン治療申請の有無 (※身長-2.0SD以下である場合、成長ホルモン治療初回申請可):[ なし ・ あり ]
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