

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 (継続申請用)		1/2	
病名	91 ヌーナン (Noonan) 症候群					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									
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	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 (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 )						
所見:	( )								
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 ]								

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