

告示番号		50		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		71		68から70までに掲げるもののほか、46,XY性分化疾患						受付種別		<div><input type="checkbox"/> 継続      転出実施主体名</div> <div><input type="checkbox"/> 転入   →  ( )</div>	
受給者番号				受診日		年		月		日			
ふりがな				氏名		(Alphabet)		(変更があった場合)		ふりがな		以前の登録氏名	
生年月日		年		月		日		意見書記載時の年齢		歳		か月	
出生体重		g		出生週数		在胎		週		日		出生時に住民登録をした所	
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	
発病時期		年		月		頃		初診日		年		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 ( )							
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													
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 ]					
	腎・泌尿器	停留精巣：[ なし ・ あり ]		部位：[ 腹腔内 ・ 鼠蹊部 ・ 陰嚢内 ]		尿道下裂：[ 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 <sub>2</sub> )：( )pg/mL		DHEA-S：( )ng/mL ・ µg/dL		DHEA：( )ng/mL		LH：( )mIU/mL		FSH：( )mIU/mL	
		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)：( )									

受給者番号( ) 患者氏名( )

告示番号	10	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〉	2/2
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						
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			
医療機関住所							
				診療科			
				医師名			
				小児慢性特定疾病 指定医番号 (      ) (印)			