

告示番号		20		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		63 精巣形成不全						受付種別		<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ()			
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 (Alphabet)							
生年月日		年 月 日		意見書記載時の年齢		歳 か月 日		性別		男 ・ 女 ・ 性別未決定			
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		() 都道府県 () 市区町村			
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 %			
発病時期		年 月 頃		初診日		年 月 日							
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] 小陰茎 (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											
血液検査		エストラジオール (E ₂)：()pg/mL											
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 (頭部)：[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：()											
耳鼻咽喉科学的検査		嗅覚検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()											
遺伝学的検査		遺伝子検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()											
検査所見 (その他)		検査所見 (その他)：()											
その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
合併症		合併症：[なし ・ あり] 詳細：()											
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：()											

受給者番号() 患者氏名()

告示番号	2/2	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																											
薬物療法	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																														(印)									
																														小児慢性特定疾病 指定医番号 ()																																							