

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〈新規申請用〉										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 (具体的な疾病名：)										受付種別		<input type="checkbox"/> 新規	
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		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 (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															
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)：()													
	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 (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 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 ₂)：()pg/mL DHEA-S：()ng/mL ・ µg/dL DHEA：()ng/mL LH：()mIU/mL FSH：()mIU/mL LH／FSH：() 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：()													

受給者番号() 患者氏名()

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（新規申請用）										2/2
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）：（ ）										
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 ₂ ）：（ ）pg/mL DHEA-S：（ ）ng/mL ・ μg/dL DHEA：（ ）ng/mL LH：（ ）mIU/mL FSH：（ ）mIU/mL LH／FSH：（ ） 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）：（ ）										
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)						