

告示番号		53		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		66 卵精巢性性分化疾患						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) 年 月 日		体重 (測定日)		kg (SD) 年 月 日		BMI			
										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] 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] 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											
		hMG (FSH) 負荷試験：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) エストラジオール (E ₂) 基礎値：()pg/mL エストラジオール (E ₂) 頂値：()pg/mL											
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 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：卵精巢：[両側 ・ 片側]					
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]											

受給者番号（ ） 患者氏名（ ）

告示番号	53	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
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								
負荷試験	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								
	hMG（FSH）負荷試験：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日)								
エストラジオール（E ₂ ）基礎値：()pg/mL エストラジオール（E ₂ ）頂値：()pg/mL									
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								
	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：卵精巢：[両側 ・ 片側]								
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]								
薬物療法	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 ()									