

告示番号		52		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		72 46,XX 性分化疾患						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 ] 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 ]											
	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 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：( )											

受給者番号( ) 患者氏名( )

[illegible]

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)

小兒慢性特定疾病 指定医番号 ( )