

告示番号		22		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及び64に掲げるもののほか、高ゴナドトロピン性性腺機能低下症 (具体的な疾病名：)										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 ] 小陰茎 (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																	
		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 <sub>2</sub> ) 基礎値：( )pg/mL エストラジオール (E <sub>2</sub> ) 頂値：( )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	22	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													
医療機関住所													年      月      日													
													診療科													
													医師名													
													(印)													
													小児慢性特定疾病 指定医番号 (      )													