

告示番号		38		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		58 ギナドトロピン非依存性思春期早発症										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		肥満度		%		
				年		月				日		年								月
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																		
		全身		著明な身長の増加：[ なし ・ あり ]																
		内分泌・代謝		思春期早発：[ なし ・ あり ]																
		その他		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																		
		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																		
		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：( )																				
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：( )																		
		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)：( )																		

受給者番号( ) 患者氏名( )

告示番号	38	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		
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 ( )								