

小児慢性特定疾患（内分泌疾患）医療意見書（平成 年度）

受給者番号（ ）		新規（新規診断、転入 ^{※1）} ）、継続、再開	
患者	ふりがな 氏 名	男女	生年月日 昭和 年 月 日 平成 年 月 日 (満 歳)
発病	昭・平 年 月 頃	初診日	昭・平 年 月 日 診断確定日 昭・平 年 月 日
疾患群	05 内分泌疾患	疾患名	ICD()
現在：平成 年 月 日³⁾の身長 cm、体重 kg 二次性徴⁴⁾Tanner B/G 、PH 、骨年齢 歳 ヶ月(撮影 年 月) 思春期開始年齢 歳(乳房腫脹、陰毛発生のみは除く) 先天性甲状腺機能低下症、先天性副腎過形成の場合、どちらかに○印： 新生児スクリーニングで発見、他で発見			
所見： 新規は、診断の根拠(症状、身体所見、検査成績を数値で具体的に) 継続は、前回申請後現在までの状況(同様の項目)			
甲状腺機能の疾患の場合： T4・fT4 (該当する方に○をしてください)($\mu\text{g/dl}$)、T3 (ng/ml)、TSH ($\mu\text{U/ml}$)			
その他の合併症(無、有)			
経過(これまでに行われた主な治療)			
(1つに○印：治癒、寛解、改善、不変、再燃、悪化、死亡、判定不能)			
今後の治療方針			
該当する治療法に○印：補充療法、機能抑制療法、他の薬物療法 運動制限あり、手術予定あり、術後 成長ホルモン分泌不全性低身長症、ターナー症候群、またはプラダー・ウィリ症候群の場合： 成長ホルモン治療(要、不要) 添付する成長ホルモン治療用意見書：初回、継続 重症基準該当の有無(有・無)			
治療見込期間	入院	平成 年 月 日から平成 年 月 日	
	通院	平成 年 月 日から平成 年 月 日(月 回)	
上記の通り診断します。 医療機関所在地 平成 年 月 日 名称 科 医師氏名 印			

注1) 転入の際、転入前都道府県・指定都市・中核市を記入して下さい。
 注2) 転入の際、転入前都道府県・指定都市・中核市を記入して下さい。
 注3) 転入の際、転入前都道府県・指定都市・中核市を記入して下さい。
 注4) B/G: breast/genitalia stages, PH: pubic hair stages
 注5) 睾丸形成不全・欠損症、卵巣形成不全は、両側性のことを明記して下さい。