

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〈新規申請用〉		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		☐ 新規					
保険情報		保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 年 月 日															
氏名		(セイメイ) (姓)						以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓)							
住所		郵便番号 () 都道府県 () 市区町村 () 丁目番地等 ()															
生年月日		年 月 日								性別		男性 ・ 女性 ・ 性別未決定					
出生地		都道府県 () 市区町村 ()															
出生体重		g		出生週数		在胎 週		日									
発症時期		年 月 頃		記載時の年齢		満 歳		か月 日									
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		%	
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		治療 ・ 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																	
最終受診日		(年 月 日)															
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 月経発来：[なし ・ あり] 月経開始年齢：(歳 か月)															
症状	全身	著明な身長増加：[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)：()															
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 月経発来：[なし ・ あり] 月経開始年齢：(歳 か月)															
症状	全身	著明な身長増加：[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 (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															
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 LH：()mIU/mL FSH：()mIU/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)：()															
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 ₂)：()pg/mL LH：()mIU/mL FSH：()mIU/mL															

