告示番号 2　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〉

病名	60　アンドロゲン過剰症（ゴナドトロピン依存性思春期早発症及びゴナドトロピン非依存性思春期早発症を除く。）	受付種別	□ 継続　転出実施主体名 □ 転入 → （　　）

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） （姓名）	以前の登録氏名 （変更のある場合）	（セイメイ） （姓名）		
住所	郵便番号（　　ー　　）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） 年　　月　　日	体重（測定日）	kg（　　SD） 年　　月　　日	BMI 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

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
症状	内分泌・代謝	二次性徴の欠如：[なし ・ あり]　思春期早発：[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]　進行性の男性化徴候（女子のみ）：[なし ・ あり]
	皮膚・粘膜	多毛症：[なし ・ あり]
	その他	外性器異常：[なし ・ あり]　声の低音化：[なし ・ あり] 症状（その他）：（　　）

検査所見（申請時）　※直近の状況を記載

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 ACTH：（　　）pg/mL　LH：（　　）mIU/mL　FSH：（　　）mIU/mL　17-OHP：（　　）ng/mL TSH：（　　）μIU/mL　free T_3：（　　）pg/mL　free T_4：（　　）ng/dL
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		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（胸部）：[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：（　　）
遺伝学的検査		遺伝子検査：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　　年　　月　　日） エストロジェン合成酵素（アロマターゼ）遺伝子CYP19A1異常：[なし ・ あり] POR遺伝子（P450oxidoreductase）異常：[なし ・ あり] 遺伝子異常（その他）：（　　）
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	多嚢胞性卵巣症候群（PCOS）：[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：（　　）
	機能抑制療法：[なし ・ あり] 詳細：（　　）
	薬物療法（その他）：（　　）

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2025a-001

告示番号	2	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

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
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（　　）

医療機関・医師署名

上記の通り診断します。

医療機関名
医療機関所在地
電話番号

記載年月日　　年　　月　　日
診断年月日　　年　　月　　日

診療科
医師名
小児慢性特定疾病 指定医番号　（　　）

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄

担当自治体	
受理日	年　　月　　日
公費負担者番号	
認定結果	[　認定　・　不認定　]
研究同意の有無	[　有　・　無　]
受給者番号	受給者番号　（　　）　有効期限　　年　　月　　日
階層区分	[　生活保護　・　低所得Ⅰ　・　低所得Ⅱ　・　一般所得Ⅰ　・　一般所得Ⅱ　・　上位所得　・　その他　]
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