

告示番号		63		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		87 多嚢胞性卵巣症候群						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)				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) 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)											
症状	内分泌・代謝	稀発月経 (女子のみ)：[なし ・ あり] 無排卵周期症 (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]											
	筋・骨格	骨格筋の発達：[なし ・ あり] 線維性骨異形成：[なし ・ あり]											
	皮膚・粘膜	多毛症：[なし ・ あり] 痤瘡：[なし ・ あり] 男性型脱毛 (頭頂部・後頭部)：[なし ・ あり] 黒色棘細胞腫：[なし ・ あり]											
	その他	声の低音化：[なし ・ あり] 喉頭隆起の突出：[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 ₂) 基礎値：()pg/mL エストラジオール (E ₂) 頂値：()pg/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 DHEA-S：()ng/mL ・ μg/dL LH：()mIU/mL FSH：()mIU/mL インスリン (IRI)：()μU/mL 採血タイミング：[空腹時 ・ 食後] 血糖値 (空腹時)：()mg/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		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 (腹部)：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()											
その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
合併症		内分泌疾患：[なし ・ あり] 疾患名：()											
		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：()											

