

告示番号		89		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		91 ヌーナン (Noonan) 症候群								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) 外生殖器発達 (男子のみ)：[I ・ II ・ III ・ IV ・ V] 年齢 (発現時)：(歳 か月) 精巣容量：()mL													
身体所見		身長 (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：()cm 実施日：(年 月 日) 眼間開離：[なし ・ あり] 眼瞼下垂：[なし ・ あり] 内眼角贅皮：[なし ・ あり] 眼裂斜下：[なし ・ あり] 耳介低位：[なし ・ あり] 高口蓋：[なし ・ あり] 小顎症：[なし ・ あり]													
症状	全身	低身長 (−2.0SD以下)：[なし ・ あり] 低身長 (−2.0SDより大きく−1.88SD以下)：[なし ・ あり] 低身長 (−1.88SDより大きく−1.33SD以下)：[なし ・ あり]													
	呼吸器・ 循環器	肺動脈狭窄：[なし ・ あり] 心房中隔欠損症：[なし ・ あり] 心筋症：[なし ・ あり] 心電図所見 (左前胸部誘導におけるR／S比の以上、幅広いQRS波、左軸偏位、巨大Q波)：[なし ・ あり]													
	腎・泌尿器	停留精巣：[なし ・ あり] 部位：[腹腔内 ・ 鼠蹊部 ・ 陰囊内]													
	筋・骨格	鳩胸：[なし ・ あり] 漏斗胸：[なし ・ あり] 広い胸郭：[なし ・ あり]													
	精神・神経	精神運動発達遅滞：[なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明]													
	その他	リンパ管形成異常：[なし ・ あり] 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) 外生殖器発達 (男子のみ)：[I ・ II ・ III ・ IV ・ V] 年齢 (発現時)：(歳 か月) 精巣容量：()mL													
症状	全身	低身長 (−2.0SD以下)：[なし ・ あり]													
	精神・神経	精神運動発達遅滞：[なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明]													
	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															
血液検査		IGF-1 (ソマトメジンC)：()ng/mL 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													
遺伝学的検査		遺伝子検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()													
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載															
血液検査		IGF-1 (ソマトメジンC)：()ng/mL 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													
遺伝学的検査		遺伝子検査：[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	肺動脈狭窄：[なし ・ あり]			心房中隔欠損症：[なし ・ あり]			心筋症：[なし ・ あり]		
	リンパ管形成異常：[なし ・ あり]								
	合併症（その他）：（						）		
家族歴	一度近親者（親、子、同胞）に確実な本疾患の診断：[なし ・ あり ・ 不明]								
	一度近親者（親、子、同胞）に本疾患の可能性：[なし ・ あり ・ 不明]								
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）：（						）		
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		
	成長ホルモン治療の有無：[なし ・ あり]								
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				記載年月日			年 月 日		
医療機関所在地				診断年月日			年 月 日		
電話番号									
				診療科					
				医師名					
				小児慢性特定疾病 指定医番号 （			）		

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