

様式第2号その5(第7条、第13条関係) (表面)
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 ^{注1)})		継続、再開	
患者	ふりがな 氏 名	男 女 ^{注2)}	生年月日	平成 年 月 日 (満 歳)	
発病	平成 年 月 頃		初診日	平成 年 月 日	
疾患群	05 内分泌疾患	疾 患 名	I C D ()		
現在： 平成 年 月 日 ^{注3)} の 身長 cm、 体重 kg 二次性徴 ^{注4)} Tanner B/G、PH、骨年齢 歳 ヶ月 (撮影平成 年 月) 思春期開始年齢 歳 (乳房腫張、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： T4 (μ g/dl)、f T4 (ng/dl)、T3 (ng/ml)、TSH (μ 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は (初回、継続)					
治療見込期間	入 院	平成 年 月 日から平成 年 月 日まで			
	通 院	平成 年 月 日から平成 年 月 日まで (月 回)			
上記の通り診断する。		医療機関所在地 名称 科 平成 年 月 日 医師氏名 印			

- 注1) 転入の場合は、転入前の都道府県・指定都市・中核市名を記入してください。
 注2) 性腺疾患で性の決定を保留してる場合は、記入しなくてもよい。
 注3) 新規は初診時または診断時についての記入でよい。ただし継続は直近の計測値を記入する。
 注4) B/G: breast/genitalia stages、PH: pubic hair stages
 注5) 睪丸形成不全・欠損症、卵巣形成不全は、両側性のことを明記してください。