

C7	() 年度 小児慢性特定疾病 成長ホルモン治療用意見書〈新規申請用〉									
病名	内分泌疾患： ノーナン (Noonan) 症候群									
受給者番号		受診日	年	月	日					
ふりがな 氏名 (Alphabet)										
生年月日	年	月	日	意見書記載時の年齢	歳	か月	日	性別	男 ・ 女 ・ 性別未決定	
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									
症状（内分泌・代謝）	症候性低血糖（乳幼児）：[なし ・ あり]									
二次性徴 (Tanner分類)	二次性徴：[なし ・ あり]									
臨床所見（申請時）	※直近の状況を記載									
身体所見（申請時） ※直近の状況を記載	身長（直近）：()cm 体重（直近）：()kg	実施日：()年 ()月 ()日	身長SD：()SD 体重SD：()SD	年間身長増加率 ()cm/年						
身体所見（1年前）	身長（1年前）：()cm 体重（1年前）：()kg	実施日：()年 ()月 ()日	身長SD：()SD 体重SD：()SD	年間身長増加率 ()cm/年						
2年前	身長（2年前）：()cm	実施日：()年 ()月 ()日	身長SD：()SD							
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									
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									
遺伝学的検査	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：()年 ()月 ()日 所見：()									
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		
医療機関住所					診療科 医師名			小児慢性特定疾病 指定医番号 ()		