

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------------|--|---------------------------------------|--|--|--|---------------|-----|--|--|-------------------------------------|--|----|--|---------------|--|--|--|--|--|
| C2 | | | | | | | | | | () 年度 小児慢性特定疾病 成長ホルモン治療用意見書〈継続申請用〉 | | | | | | | | | |
| 病名 | | 内分泌疾患： 後天性下垂体機能低下症 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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（申請時） ※直近の状況を記載 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 開始時 | | | | 約1年前 | | | | 約半年前 | | | | 最近 | | | | | |
| 測定年月日 | | 年 月 日 | | | | 年 月 日 | | | | 年 月 日 | | | | 年 月 日 | | | | | |
| 身長 | | . cm ()SD | | | | . cm ()SD | | | | . cm ()SD | | | | . cm ()SD | | | | | |
| 体重 | | . kg ()SD | | | | . kg ()SD | | | | . kg ()SD | | | | . kg ()SD | | | | | |
| 治療開始前1年間の 年間身長増加率 | | cm／年 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 骨年齢 (測定日) | | | | | | | | | | | | | | 歳 か月 | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | 年 月 日 | | | | | |
| 二次性徴 | | (なし ・ あり) | | | | (なし ・ あり) | | | | (なし ・ あり) | | | | (なし ・ あり) | | | | | |
| 成長ホルモン投与量 (mg/kg/週) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 併用薬① (薬剤名、投与量) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 併用薬② (薬剤名、投与量) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 併用薬③ (薬剤名、投与量) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 併用薬④ (薬剤名、投与量) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 併用薬⑤ (薬剤名、投与量) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 経過（申請時） ※直近の状況を記載 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 薬物療法 | | 成長ホルモン治療：治療効果：[著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 判定不能] | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 有害事象 | | 有害事象（成長ホルモン治療と関連あり）：[なし ・ あり] | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 詳細：() | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 有害事象 | | 有害事象（成長ホルモン治療以外）：[なし ・ あり] | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 詳細：() | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 () | | | | | | | | | | | | | | | | | |