

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)	身長 (直近) : ()cm	実施日 : ()年	()月	()日	身長SD : ()SD	年間身長増加率 ()cm/年			
※直近の状況を記載	体重 (直近) : ()kg	実施日 : ()年	()月	()日	体重SD : ()SD				
身体所見 (1年前)	身長 (1年前) : ()cm	実施日 : ()年	()月	()日	身長SD : ()SD	年間身長増加率 ()cm/年			
	体重 (1年前) : ()kg	実施日 : ()年	()月	()日	体重SD : ()SD				
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	(印)			
					小児慢性特定疾病 指定医番号 ()				