

告示番号		46		内分泌疾患		( )		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書〈継続申請用〉		1/2	
病名		6 成長ホルモン(GH)分泌不全性低身長症(脳の器質的原因によるものを除く。)								受付種別		<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ( )	
受給者番号				受診日		年 月 日							
ふりがな 氏名 (Alphabet)						(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (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			
出生体重		g		出生週数		在胎 週 日		出生時に住民登録をした所		( ) 都道府県 ( ) 市区町村			
現在の身長・体重		身長 (測定日)		cm ( SD) 年 月 日		体重 (測定日)		kg ( SD) 年 月 日		BMI			
										肥満度 %			
発病時期		年 月 頃		初診日		年 月 日							
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 ( )											
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		治癒 ・ 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 (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											
診断		低ゴナドトロピン性性腺機能低下症：[ なし ・ あり ] ACTH分泌不全症：[ なし ・ あり ] TSH分泌不全症：[ なし ・ あり ] GH分泌不全症：[ なし ・ あり ] 中枢性尿崩症：[ なし ・ あり ]											
症状	全身	低身長 (−2.5SD以下)：[ なし ・ あり ] 低身長 (−2.5SDより大きく−2.0SD以下)：[ なし ・ あり ] 成長速度の低下 (2年以上標準値の −1.5 SD以下)：[ なし ・ あり ] 全身倦怠感：[ なし ・ あり ] 易疲労性：[ なし ・ あり ] 食欲不振：[ なし ・ あり ] 体重増加不良：[ なし ・ あり ] 不活発：[ なし ・ あり ] 低血圧：[ なし ・ あり ] 口渇：[ なし ・ あり ] 多飲：[ なし ・ あり ]											
	内分泌・代謝	二次性徴の欠如または進行不全：[ なし ・ あり ] 月経異常 (女子のみ)：[ なし ・ あり ] 不妊 (女子のみ)：[ なし ・ あり ] 乳房萎縮 (女子のみ)：[ なし ・ あり ] 性欲低下 (男子のみ)：[ なし ・ あり ] インポテンス (男子のみ)：[ なし ・ あり ] 小陰茎 (男子のみ)：[ なし ・ あり ] 陰毛腋毛の脱落：[ なし ・ あり ] 性器萎縮：[ なし ・ あり ] 耐寒性低下：[ なし ・ あり ] 症候性低血糖 (乳幼児)：[ なし ・ あり ]											
	腎・泌尿器	停留精巣：[ なし ・ あり ] 部位：[ 腹腔内 ・ 鼠蹊部 ・ 陰嚢内 ] 尿道下裂：[ なし ・ あり ] 多尿：[ なし ・ あり ]											
	皮膚・粘膜	皮膚乾燥：[ なし ・ あり ] 脱毛：[ なし ・ あり ]											
	精神・神経	意識障害 (低血糖や低ナトリウム血症による)：[ なし ・ あり ]											
	耳鼻咽喉	無・低嗅症 (Kallmann症候群)：[ なし ・ あり ]											
	その他	症状 (その他)：( )											
	検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載												
尿検査		一日尿量 (体表面積当)：( )mL/m <sup>2</sup> /日 ・ 未実施											
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 <sub>2</sub> )：( )pg/mL コルチゾール (朝)：( )μg/dL コルチゾール (昼または夕)：( )μg/dL コルチゾール (寝る前)：( )μg/dL TSH：( )μIU/mL free T <sub>3</sub> ：( )pg/mL free T <sub>4</sub> ：( )ng/dL											
骨年齢		骨年齢 :[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 骨年齢：( 歳 か月 )											
画像検査		画像検査 (下垂体近傍)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) ( )											
遺伝学的検査		遺伝子検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) ( )											
その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
合併症		合併症：[ なし ・ あり ] 詳細：( )											
出生歴		骨盤位経産分娩：[ なし ・ あり ] 新生児仮死：[ なし ・ あり ] 遷延性黄疸：[ なし ・ あり ] SGA (妊娠週数に比して小さい)：[ なし ・ あり ] 出生歴 (その他)：( )											

受給者番号( ) 患者氏名( )

告示番号	46	内分泌疾患	( )	年度	小児慢性特定疾病 医療意見書〈継続申請用〉	2/2
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 ] 成長ホルモン治療申請の有無（※申請日よりさかのぼって2年以内に実施した負荷試験のみ有効）：[ なし ・ あり ]					
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		( )		