

告示番号		43		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		7 インスリン様成長因子1 (IGF-1) 不応症								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 ) 外性器発達 (男子のみ): [ I ・ II ・ III ・ IV ・ V ] 年齢 (発現時): ( 歳 か月 ) 精巣容量: ( ) mL											
症状		全身		低身長 (−2.0SD以下): [ なし ・ あり ] SGA性低身長症: [ 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													
負荷試験		成長ホルモン分泌試験: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 負荷試験名: [ インスリン負荷試験 ・ グルカゴン負荷試験 ・ アルギニン負荷試験 ・ クロニジン負荷試験 ・ GHRP-2負荷試験 ・ L-DOPA負荷試験 ] GH測定キット名: ( ) GH基礎値 (補正值): ( ) ng/mL GH頂値 (補正值): ( ) ng/mL											
血液検査		IGF-1 (ノマトメジンC): ( ) ng/mL GH: ( ) ng/mL IGFBP-3 (インスリン様成長因子結合蛋白3型): ( ) µg/mL ・ 未実施											
		GHBP (成長ホルモン結合蛋白): [ 未実施 ・ 実施 ] 所見: ( )											
骨年齢		骨年齢 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 骨年齢: ( 歳 か月 )											
遺伝学的検査		遺伝子検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )											
		GH受容体遺伝子異常: [ なし ・ あり ]											
		詳細: ( )											
		IGF-1受容体遺伝子異常: [ なし ・ あり ]											
		詳細: ( )											
		遺伝子異常 (その他): ( )											
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		SGA (妊娠週数に比べて小さい): [ なし ・ あり ] 出生歴 (その他): ( )											
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: ( )											

受給者番号( ) 患者氏名( )

告示番号	43	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		
治療歴	成長ホルモン治療歴：[ なし ・ あり ]      治療効果：[ 無効 ・ やや有効 ・ 著効 ・ 不明 ]								
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 )
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 (	)				