

D2		() 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		骨系統疾患： 軟骨低形成症											
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	
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							
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		()					