

告示番号 4 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

Form with multiple sections: 病名 (後天性下垂体機能低下症), 受給者番号, 受診日, 受付種別, ふりがな, 生年月日, 出生体重, 現在の身長・体重, 発病時期, 就学・就労状況, 手帳取得状況, 現状評価, 臨床所見 (申請時), 二次性徴, 診断, 症状 (全身, 内分泌・代謝, 腎・泌尿器, 皮膚・粘膜, 精神・神経, 耳鼻咽喉, その他), 検査所見 (申請時), 尿検査, 血液検査, 骨年齢, 画像検査, 検査所見 (その他), その他の所見 (申請時), 合併症, 出生歴.

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
	小児慢性特定疾病 指定医番号 ()