

告示番号		45		内分泌疾患 ( ) 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)		1/2	
病名	5 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に限る。)					受付種別	<input type="checkbox"/> 新規
受給者番号		受診日	年	月	日		
ふりがな						(変更があった場合)	
氏名						ふりがな	
(Alphabet)						以前の登録氏名	
(Alphabet)						(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)			体重(測定日)	kg ( SD)	
	年	月	日	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(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							
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] 脳の器質的障害の原因:( )						
症状	全身	低身長(-2.0SD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] 小陰萎(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):( )					
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] 脳の器質的障害の原因:( )						
症状	全身	低身長(-2.0SD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] 小陰萎(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(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							
負荷試験	TRH分泌刺激試験:[未実施・実施] 実施日:( 年 月 日 ) TSH基礎値:( )μIU/mL TSH頂値:( )μIU/mL TSH頂値:出現時間:( )分						

告示番号 **45** 内分泌疾患 ( ) 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用) **2/2**

負荷試験	GnRH (LHRH) 負荷試験: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) LH基礎値: ( )mIU/mL LH頂値: ( )mIU/mL FSH基礎値: ( )mIU/mL FSH頂値: ( )mIU/mL
	インスリン・CRH負荷試験: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) コルチゾール基礎値: ( )μg/dL コルチゾール頂値: ( )μg/dL ACTH基礎値: ( )pg/mL ACTH頂値: ( )pg/mL
	水制限または高張食塩水負荷試験: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 最大血清浸透圧: ( )mOsm/kg・H <sub>2</sub> O 最大尿浸透圧: ( )mOsm/kg・H <sub>2</sub> O ADH頂値: ( )pg/mL
	バソプレシン負荷試験 (水溶性ピトレスिन5単位皮下注後30分ごとに2時間採尿): [ 未実施 ・ 実施 ] 尿量減少: [ なし ・ あり ] 尿浸透圧: ( )mOsm/kg
	成長ホルモン分泌試験①: [ 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頂値 (補正值): ( )ng/mL
	成長ホルモン分泌試験②: [ 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頂値 (補正值): ( )ng/mL
	成長ホルモン分泌試験③: [ 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頂値 (補正值): ( )ng/mL
	迅速ACTH (コートロシン) 負荷: [ 未実施 ・ 実施 ] 血中コルチゾール低反応: [ なし ・ あり ]
	ACTH-Z (コートロシンZ) 連続負荷: [ 未実施 ・ 実施 ] 血中コルチゾール増加反応: [ なし ・ あり ]
	尿検査
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 ) 所見: ( )
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 ) 所見: ( )
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): ( )
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 ( )