

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)	1/3
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
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 年 月 日			
氏名	(セイメイ) (姓)	以前の登録氏名 (変更のある場合)	(セイメイ) (姓)	
住所	郵便番号 (-) 都道府県 () 市区町村 () 丁目番地等 ()			
生年月日	年 月 日		性別	男性 ・ 女性 ・ 性別未決定
出生地	都道府県 () 市区町村 ()			
出生体重	g	出生週数	在胎 週	日
発症時期	年 月 頃	記載時の年齢	満 歳	か月 日
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 %
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
	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	治療 ・ 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
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				
最終受診日	(年 月 日)			
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): ()		
	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 (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)	2/3
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 ₂ O		最大尿浸透圧: ()mOsm/kg・H ₂ O		ADH頂値: ()pg/mL
	パンプレシン負荷試験 (水溶性ピトレシン5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		
負荷試験	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	一日尿量 (体表面積当): ()mL/m ² /日		尿中遊離コルチゾール: ()μg/day		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 ₂): ()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
骨年齢	TSH: ()μIU/mL		free T ₃ : ()pg/mL		free T ₄ : ()ng/dL
	骨年齢: [未実施 ・ 実施]		実施日: (年 月 日)		骨年齢: (歳 か月)
	画像検査 (下垂体近傍): [未実施 ・ 実施]		実施日: (年 月 日)		
画像検査	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 ² /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 ₂): ()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
骨年齢	TSH: ()μIU/mL		free T ₃ : ()pg/mL		free T ₄ : ()ng/dL
	骨年齢: [未実施 ・ 実施]		実施日: (年 月 日)		骨年齢: (歳 か月)
	画像検査 (下垂体近傍): [未実施 ・ 実施]		実施日: (年 月 日)		
画像検査	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]			
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 ()				

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
医療機関所在地		診断年月日	年	月	日
電話番号					
		診療科			
		医師名			
		小児慢性特定疾病 指定医番号 ()			

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年 月 日
公費負担者番号	
認定結果	[認定 ・ 不認定]
研究同意の有無	[有 ・ 無]
受給者番号	受給者番号 () 有効期限 年 月 日
階層区分	[生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 年 月 日