

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 (継続申請用) **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"/> 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)		体重 (測定日)	kg (SD)		BMI		
		年 月 日			年 月 日		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								
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(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 TSH:()μIU/mL free T ₃ :()pg/mL free T ₄ :()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 (_____)