

告示番号		46		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	6 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を除く。)						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) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)				
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		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(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]									
症状	全身	低身長(-2.5SD以下):[なし・あり] 低身長(-2.5SDより大きく-2.0SD以下):[なし・あり] 成長速度の低下(2年以上標準値の-1.5SD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]									
症状	全身	低身長(-2.5SD以下):[なし・あり] 低身長(-2.5SDより大きく-2.0SD以下):[なし・あり] 成長速度の低下(2年以上標準値の-1.5SD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 **46** 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 ₂ O 最大尿浸透圧: () mOsm/kg・H ₂ O ADH頂値: () pg/mL
	パンプレリン負荷試験 (水溶性ピトレスイン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
	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 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 () 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: ()
遺伝学的検査	遺伝子検査: [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 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 () 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: ()
遺伝学的検査	遺伝子検査: [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 (_____)