

告示番号		43		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	7 インスリン様成長因子1 (IGF-1) 不応症							受付種別	<input type="checkbox"/> 新規				
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		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												
身体所見	身長(出生時):()cm												
症状	全身	低身長(-2.0SD以下):[なし・あり] SGA性低身長症:[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												
症状	全身	低身長(-2.0SD以下):[なし・あり] SGA性低身長症:[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	成長ホルモン分泌試験:[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基礎値(補正值):()ng/mL GH頂値(補正值):()ng/mL												
血液検査	IGF-1(ソマトメジンC):()ng/mL GH:()ng/mL						IGFBP-3(インスリン様成長因子結合蛋白3型):()μg/mL 未実施						
	GHBP(成長ホルモン結合蛋白):[未実施・実施] 所見:()												
骨年齢	骨年齢:[未実施・実施]			実施日:(年 月 日)			骨年齢:(歳 か月)						
遺伝学的検査	遺伝子検査:[未実施・実施] 実施日:(年 月 日) GH受容体遺伝子異常:[なし・あり] 詳細:()												
	IGF-1受容体遺伝子異常:[なし・あり] 詳細:()												
	遺伝子異常(その他):()												
検査所見(申請時) ※直近の状況を記載													
負荷試験	成長ホルモン分泌試験:[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基礎値(補正值):()ng/mL GH頂値(補正值):()ng/mL												

血液検査	IGF-1 (ソマトメジンC) : () ng/mL GH : () ng/mL IGFBP-3 (インスリン様成長因子結合蛋白3型) : () μg/mL ・ 未実施	
	GHBP (成長ホルモン結合蛋白) : [未実施 ・ 実施] 所見 : ()	
骨年齢	骨年齢 : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日)	骨年齢 : (歳 か月)
遺伝学的検査	遺伝子検査 : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日)	
	GH受容体遺伝子異常 : [なし ・ あり] 詳細 : ()	
	IGF-1受容体遺伝子異常 : [なし ・ あり] 詳細 : () 遺伝子異常 (その他) : ()	
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	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 : ()	
治療歴	成長ホルモン治療歴 : [なし ・ あり] 治療効果 : [無効 ・ やや有効 ・ 著効 ・ 不明]	
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	
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 ()	