

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 (継続申請用) **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"/> 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		
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(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(妊娠週数に比べて小さい):[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 ()	