

告示番号	44	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	8 成長ホルモン不応性症候群 (インスリン様成長因子1 (IGF-1) 不応症を除く。)			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		年 月 日	BMI	%
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		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						
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	
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 (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 generation test: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日)					
	IGF-1 (ソマトメジンC) 頂値: ()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					

告示番号	44	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	IGF-1 generation test : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) IGF-1 (ソマトメジンC) 頂値 : ()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				
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