

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)		1/2	
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		
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								
	IGF-1 generation test:[未実施・実施] 実施日:(年 月 日) IGF-1(ノマトメジンC)頂値:()ng/mL								
血液検査	IGF-1(ノマトメジン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								
	GHP(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 IGF-1								

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)	2/2	
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					
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 ()	