

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 (継続申請用) **1/2**

病名	<b>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。)</b>					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	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	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(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 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:( )										

告示番号 <b>44</b> 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〉		2/2
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 ( )	