

C1		() 年度 小児慢性特定疾病 成長ホルモン治療用意見書〈新規申請用〉											
病名		内分泌疾患： 先天性下垂体機能低下症											
受給者番号				受診日		年 月 日							
ふりがな 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			
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													
症状（内分泌・代謝）		症候性低血糖（乳幼児）：[なし ・ あり]											
二次性徴 (Tanner分類)		二次性徴：[なし ・ あり]											
臨床所見（申請時） ※直近の状況を記載													
身体所見（申請時） ※直近の状況を記載		身長（直近）：()cm 体重（直近）：()kg		実施日：() 年 月 日		身長SD：()SD 体重SD：()SD		年間身長増加率 ()cm/年					
身体所見（1年前）		身長（1年前）：()cm 体重（1年前）：()kg		実施日：() 年 月 日		身長SD：()SD 体重SD：()SD		年間身長増加率 ()cm/年					
2年前		身長（2年前）：()cm		実施日：() 年 月 日		身長SD：()SD							
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													
血液検査		TSH：()μIU/mL		free T ₃ ：()pg/mL		free T ₄ ：()ng/dL		IGF-1（ソマトメジンC）：()ng/mL					
負荷試験		成長ホルモン分泌試験①：[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頂値（補正値）：()ng/mL											
		成長ホルモン分泌試験②：[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頂値（補正値）：()ng/mL											
		成長ホルモン分泌試験③：[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頂値（補正値）：()ng/mL											
遺伝学的検査		遺伝子検査：[未実施 ・ 実施] 所見：()		実施日：() 年 月 日									
検査所見（申請時） ※直近の状況を記載													
骨年齢		骨年齢：[未実施 ・ 実施] 骨年齢評価法：[日本人標準化TW2(RUS)法 ・ GP ・ その他]		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] 所見：()		実施日：() 年 月 日									
医療機関・医師署名													
上記の通り診断します。													
医療機関名 医療機関住所				記載年月日		年 月 日							
				診療科 医師名									
				小児慢性特定疾病 指定医番号		()							