

A		() 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)										1/2	
病名		悪性新生物 (共通)											
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) (姓名)											
生年月日		年 月 日			意見書記載時の年齢			満 歳 か月 日		性別		男性 ・ 女性 ・ 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													
最終受診日		(年 月 日)											
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)		身長 (直近) : ()cm 実施日 : (年 月 日) 身長SD : ()SD 年間身長増加率 ()cm/年											
※直近の状況を記載		体重 (直近) : ()kg 実施日 : (年 月 日) 体重SD : ()SD											
身体所見 (1年前)		身長 (1年前) : ()cm 実施日 : (年 月 日) 身長SD : ()SD 年間身長増加率 ()cm/年											
		体重 (1年前) : ()kg 実施日 : (年 月 日) 体重SD : ()SD											
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 (補正值) : ()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 (補正值) : ()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 (補正值) : ()ng/mL											
遺伝学的検査		遺伝子検査 : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()											
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] 実施日 : (年 月 日) 骨年齢 : (歳 か月) 骨年齢評価法 : [日本人標準化TW2(RUS)法 ・ GP ・ その他]											
遺伝学的検査		遺伝子検査 : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()											
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。

B		() 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〉										1/1	
病名		慢性腎疾患 〈共通〉											
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) (姓名)											
生年月日		年 月 日			意見書記載時の年齢			満 歳 か月 日		性別		男性 ・ 女性 ・ 性別未決定	
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
最終受診日		(年 月 日)											
身体所見 (申請時) ※直近の状況を記載		身長 (直近) : ()cm 実施日 : (年 月 日) 身長SD : ()SD 年間身長増加率 : ()cm/年 体重 (直近) : ()kg 実施日 : (年 月 日) 体重SD : ()SD											
身体所見 (1年前)		身長 (1年前) : ()cm 実施日 : (年 月 日) 身長SD : ()SD 年間身長増加率 : ()cm/年 体重 (1年前) : ()kg 実施日 : (年 月 日) 体重SD : ()SD											
2年前		身長 (2年前) : ()cm 実施日 : (年 月 日) 身長SD : ()SD											
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
血液検査		血清クレアチニン : ()mg/dL 実施日 : (年 月 日)											
骨年齢		骨年齢 : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 骨年齢 : (歳 か月) 骨年齢評価法 : [日本人標準化TW2(RUS)法 ・ GP ・ その他]											
経過 (申請時) ※直近の状況を記載													
治療		保存療法 : [未実施 ・ 実施]											
血液浄化		腹膜透析 (慢性透析) : [未実施 ・ 実施] 血液透析 (慢性透析) : [未実施 ・ 実施]											
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

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)										1/2	
病名		内分泌疾患： 先天性下垂体機能低下症											
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) (姓名)											
生年月日		年 月 日			意見書記載時の年齢			満 歳 か月 日		性別		男性 ・ 女性 ・ 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													
最終受診日		(年 月 日)											
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)		身長 (直近)：()cm 実施日：(年 月 日) 身長SD：()SD 年間身長増加率 ()cm/年											
※直近の状況を記載		体重 (直近)：()kg 実施日：(年 月 日) 体重SD：()SD											
身体所見 (1年前)		身長 (1年前)：()cm 実施日：(年 月 日) 身長SD：()SD 年間身長増加率 ()cm/年											
		体重 (1年前)：()kg 実施日：(年 月 日) 体重SD：()SD											
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 (補正值)：()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 (補正值)：()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 (補正值)：()ng/mL											
遺伝学的検査		遺伝子検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()											
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] 実施日：(年 月 日) 骨年齢：(歳 か月) 骨年齢評価法：[日本人標準化TW2(RUS)法 ・ GP ・ その他]											
遺伝学的検査		遺伝子検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()											
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。

C2		() 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〉										1/2	
病名		内分泌疾患： 後天性下垂体機能低下症											
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) (姓名)											
生年月日		年 月 日			意見書記載時の年齢			満 歳 か月 日		性別		男性 ・ 女性 ・ 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													
最終受診日		(年 月 日)											
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 実施日：(年 月 日) 身長SD：()SD 年間身長増加率 ()cm/年 体重（直近）：()kg 実施日：(年 月 日) 体重SD：()SD											
身体所見（1年前）		身長（1年前）：()cm 実施日：(年 月 日) 身長SD：()SD 年間身長増加率 ()cm/年 体重（1年前）：()kg 実施日：(年 月 日) 体重SD：()SD											
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] 実施日：(年 月 日) 所見：()											
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] 実施日：(年 月 日) 骨年齢：(歳 か月) 骨年齢評価法：[日本人標準化TW2(RUS)法 ・ GP ・ その他]											
遺伝学的検査		遺伝子検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()											
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。

C3		() 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〉										1/2	
病名		内分泌疾患：成長ホルモン分泌不全性低身長症（脳の器質的原因によるものに限る。）											
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)											
生年月日		年 月 日			意見書記載時の年齢			満 歳 か月 日		性別		男性 ・ 女性 ・ 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													
最終受診日		(年 月 日)											
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）		身長（直近）：()cm 実施日：(年 月 日) 身長SD：()SD 年間身長増加率 ()cm/年											
※直近の状況を記載		体重（直近）：()kg 実施日：(年 月 日) 体重SD：()SD											
身体所見（1年前）		身長（1年前）：()cm 実施日：(年 月 日) 身長SD：()SD 年間身長増加率 ()cm/年											
		体重（1年前）：()kg 実施日：(年 月 日) 体重SD：()SD											
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] 実施日：(年 月 日) 所見：()											
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] 実施日：(年 月 日) 骨年齢：(歳 か月) 骨年齢評価法：[日本人標準化TW2(RUS)法 ・ GP ・ その他]											
遺伝学的検査		遺伝子検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()											
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。

C4		() 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〉										1/2	
病名		内分泌疾患：成長ホルモン分泌不全性低身長症（脳の器質的原因によるものを除く。）											
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) (姓名)											
生年月日		年 月 日			意見書記載時の年齢			満 歳 か月 日		性別		男性 ・ 女性 ・ 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													
最終受診日		(年 月 日)											
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 実施日：(年 月 日) 身長SD：()SD 年間身長増加率 ()cm/年 体重（直近）：()kg 実施日：(年 月 日) 体重SD：()SD											
身体所見（1年前）		身長（1年前）：()cm 実施日：(年 月 日) 身長SD：()SD 年間身長増加率 ()cm/年 体重（1年前）：()kg 実施日：(年 月 日) 体重SD：()SD											
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（補正值）：()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（補正值）：()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（補正值）：()ng/mL											
遺伝学的検査		遺伝子検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()											
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] 実施日：(年 月 日) 骨年齢：(歳 か月) 骨年齢評価法：[日本人標準化TW2(RUS)法 ・ GP ・ その他]											
遺伝学的検査		遺伝子検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()											
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。

2023a-001

C5

() 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〉

1/1

病名	内分泌疾患：ターナー（Turner）症候群									
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) (姓名)									
生年月日	年 月 日			意見書記載時の年齢	満 歳	か月	日	性別	男性 ・ 女性 ・ 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										
最終受診日	(年 月 日)									
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 実施日：(年 月 日) 身長SD：()SD 年間身長増加率（ ）cm/年 体重（直近）：()kg 実施日：(年 月 日) 体重SD：()SD									
身体所見（1年前）	身長（1年前）：()cm 実施日：(年 月 日) 身長SD：()SD 年間身長増加率（ ）cm/年 体重（1年前）：()kg 実施日：(年 月 日) 体重SD：()SD									
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										
遺伝学的検査	染色体検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 核型（ターナー症候群）：[45,X ・ 46,X,i(Xq) ・ 45,X/46,X,i(Xq) ・ 45,X/46,XX ・ 45,X/46,X,r(X) ・ 45,X/47,XXX ・ 46,X,+mar ・ その他] 所見（その他）：()									
検査所見（申請時）※直近の状況を記載										
遺伝学的検査	染色体検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 核型（ターナー症候群）：[45,X ・ 46,X,i(Xq) ・ 45,X/46,X,i(Xq) ・ 45,X/46,XX ・ 45,X/46,X,r(X) ・ 45,X/47,XXX ・ 46,X,+mar ・ その他] 所見（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

・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

C7

() 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）

2023a-0011/1

病名	内分泌疾患： ノーナン（Noonan）症候群									
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) (姓名)									
生年月日	年 月 日			意見書記載時の年齢	満 歳	か月	日	性別	男性 ・ 女性 ・ 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										
最終受診日	(年 月 日)									
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 実施日：(年 月 日) 身長SD：()SD 年間身長増加率（ ）cm/年 体重（直近）：()kg 実施日：(年 月 日) 体重SD：()SD									
身体所見（1年前）	身長（1年前）：()cm 実施日：(年 月 日) 身長SD：()SD 年間身長増加率（ ）cm/年 体重（1年前）：()kg 実施日：(年 月 日) 体重SD：()SD									
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										
遺伝学的検査	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()									
検査所見（申請時） ※直近の状況を記載										
遺伝学的検査	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()									
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

D1		() 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〉										1/1	
病名		骨系統疾患： 軟骨無形成症											
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) (姓名)											
生年月日		年 月 日			意見書記載時の年齢			満 歳 か月 日		性別		男性 ・ 女性 ・ 性別未決定	
臨床所見（申請時） ※直近の状況を記載													
最終受診日		(年 月 日)											
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							
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

D2	() 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〉										1/1
病名	骨系統疾患： 軟骨低形成症										
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) (姓名)										
生年月日	年 月 日			意見書記載時の年齢	満 歳	か月	日	性別	男性 ・ 女性 ・ 性別未決定		
臨床所見（申請時） ※直近の状況を記載											
最終受診日	(年 月 日)										
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						
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