

C1	() 年度 小児慢性特定疾病 成長ホルモン治療用意見書〈継続申請用〉									
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（申請時） ※直近の状況を記載										
	開始時		約1年前		約半年前		最近			
測定年月日	年 月 日		年 月 日		年 月 日		年 月 日			
身長	. cm ()SD		. cm ()SD		. cm ()SD		. cm ()SD			
体重	. kg ()SD		. kg ()SD		. kg ()SD		. kg ()SD			
治療開始前1年間の 年間身長増加率	cm/年									
骨年齢 (測定日)							歳 か月			
							年 月 日			
二次性徴	(なし ・ あり)		(なし ・ あり)		(なし ・ あり)		(なし ・ あり)			
成長ホルモン投与量 (mg/kg/週)										
併用薬① (薬剤名、投与量)										
併用薬② (薬剤名、投与量)										
併用薬③ (薬剤名、投与量)										
併用薬④ (薬剤名、投与量)										
併用薬⑤ (薬剤名、投与量)										
経過（申請時） ※直近の状況を記載										
薬物療法	成長ホルモン治療：治療効果：[著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 判定不能]									
有害事象	有害事象（成長ホルモン治療と関連あり）：[なし ・ あり] 詳細：()									
	有害事象（成長ホルモン治療以外）：[なし ・ あり] 詳細：()									
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 ()					