

A

() 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〉

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 (申請時) ※直近の状況を記載																																																																												
最終受診日	(年 月 日)																																																																											
<table><tr><td></td><td>開始時</td><td>約1年前</td><td>約半年前</td><td>最近</td></tr><tr><td>測定年月日</td><td>年 月 日</td><td>年 月 日</td><td>年 月 日</td><td>年 月 日</td></tr><tr><td>身長</td><td>cm ()SD</td><td>cm ()SD</td><td>cm ()SD</td><td>cm ()SD</td></tr><tr><td>体重</td><td>kg ()SD</td><td>kg ()SD</td><td>kg ()SD</td><td>kg ()SD</td></tr><tr><td>治療開始前1年間の 年間身長増加率</td><td>cm/年</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td rowspan="2">骨年齢 (測定日)</td><td rowspan="2"></td><td rowspan="2"></td><td rowspan="2"></td><td>歳 か月</td></tr><tr><td>年 月 日</td></tr><tr><td>二次性徴</td><td>(なし ・ あり)</td><td>(なし ・ あり)</td><td>(なし ・ あり)</td><td>(なし ・ あり)</td></tr><tr><td>成長ホルモン投与量 (mg/kg/週)</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>併用薬① (薬剤名、投与量)</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>併用薬② (薬剤名、投与量)</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>併用薬③ (薬剤名、投与量)</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>併用薬④ (薬剤名、投与量)</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>併用薬⑤ (薬剤名、投与量)</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>												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)				
	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			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〈継続申請用〉										1/2																																																																									
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)																																																																																			
<table><tr><td></td><td>開始時</td><td>約1年前</td><td>約半年前</td><td>最近</td></tr><tr><td>測定年月日</td><td>年 月 日</td><td>年 月 日</td><td>年 月 日</td><td>年 月 日</td></tr><tr><td>身長</td><td>cm ()SD</td><td>cm ()SD</td><td>cm ()SD</td><td>cm ()SD</td></tr><tr><td>体重</td><td>kg ()SD</td><td>kg ()SD</td><td>kg ()SD</td><td>kg ()SD</td></tr><tr><td>治療開始前1年間の 年間身長増加率</td><td>cm/年</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td rowspan="2">血清クレアチニン (測定日)</td><td rowspan="2"></td><td rowspan="2"></td><td rowspan="2"></td><td>mg/dL</td></tr><tr><td>年 月 日</td></tr><tr><td rowspan="2">骨年齢 (測定日)</td><td rowspan="2"></td><td rowspan="2"></td><td rowspan="2"></td><td>歳 か月</td></tr><tr><td>年 月 日</td></tr><tr><td>二次性徴</td><td>(なし ・ あり)</td><td>(なし ・ あり)</td><td>(なし ・ あり)</td><td>(なし ・ あり)</td></tr><tr><td>成長ホルモン投与量 (mg/kg/週)</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>併用薬① (薬剤名、投与量)</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>併用薬② (薬剤名、投与量)</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>併用薬③ (薬剤名、投与量)</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>併用薬④ (薬剤名、投与量)</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>併用薬⑤ (薬剤名、投与量)</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>															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				血清クレアチニン (測定日)				mg/dL	年 月 日	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)				
	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																																																																																				
血清クレアチニン (測定日)				mg/dL																																																																																	
				年 月 日																																																																																	
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
医療機関所在地
電話番号

記載年月日
診断年月日
診療科
医師名
小児慢性特定疾病 指定医番号（

年
年
月
月
日
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

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〉										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（申請時） ※直近の状況を記載																																																																												
最終受診日	(年 月 日)																																																																											
<table><tr><td></td><td>開始時</td><td>約1年前</td><td>約半年前</td><td>最近</td></tr><tr><td>測定年月日</td><td>年 月 日</td><td>年 月 日</td><td>年 月 日</td><td>年 月 日</td></tr><tr><td>身長</td><td>cm ()SD</td><td>cm ()SD</td><td>cm ()SD</td><td>cm ()SD</td></tr><tr><td>体重</td><td>kg ()SD</td><td>kg ()SD</td><td>kg ()SD</td><td>kg ()SD</td></tr><tr><td>治療開始前1年間の 年間身長増加率</td><td>cm/年</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td rowspan="2">骨年齢 (測定日)</td><td rowspan="2"></td><td rowspan="2"></td><td rowspan="2"></td><td>歳 か月</td></tr><tr><td>年 月 日</td></tr><tr><td>二次性徴</td><td>(なし ・ あり)</td><td>(なし ・ あり)</td><td>(なし ・ あり)</td><td>(なし ・ あり)</td></tr><tr><td>成長ホルモン投与量 (mg/kg/週)</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>併用薬① (薬剤名、投与量)</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>併用薬② (薬剤名、投与量)</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>併用薬③ (薬剤名、投与量)</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>併用薬④ (薬剤名、投与量)</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>併用薬⑤ (薬剤名、投与量)</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>												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)				
	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			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〈継続申請用〉										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（申請時） ※直近の状況を記載																																																																												
最終受診日	(年 月 日)																																																																											
<table><tr><td></td><td>開始時</td><td>約1年前</td><td>約半年前</td><td>最近</td></tr><tr><td>測定年月日</td><td>年 月 日</td><td>年 月 日</td><td>年 月 日</td><td>年 月 日</td></tr><tr><td>身長</td><td>cm ()SD</td><td>cm ()SD</td><td>cm ()SD</td><td>cm ()SD</td></tr><tr><td>体重</td><td>kg ()SD</td><td>kg ()SD</td><td>kg ()SD</td><td>kg ()SD</td></tr><tr><td>治療開始前1年間の 年間身長増加率</td><td>cm/年</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td rowspan="2">骨年齢 (測定日)</td><td rowspan="2"></td><td rowspan="2"></td><td rowspan="2"></td><td>歳 か月</td></tr><tr><td>年 月 日</td></tr><tr><td>二次性徴</td><td>(なし ・ あり)</td><td>(なし ・ あり)</td><td>(なし ・ あり)</td><td>(なし ・ あり)</td></tr><tr><td>成長ホルモン投与量 (mg/kg/週)</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>併用薬① (薬剤名、投与量)</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>併用薬② (薬剤名、投与量)</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>併用薬③ (薬剤名、投与量)</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>併用薬④ (薬剤名、投与量)</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>併用薬⑤ (薬剤名、投与量)</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>												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)				
	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					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〈継続申請用〉										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)																																																																											
<table><tr><td></td><td>開始時</td><td>約1年前</td><td>約半年前</td><td>最近</td></tr><tr><td>測定年月日</td><td>年 月 日</td><td>年 月 日</td><td>年 月 日</td><td>年 月 日</td></tr><tr><td>身長</td><td>cm ()SD</td><td>cm ()SD</td><td>cm ()SD</td><td>cm ()SD</td></tr><tr><td>体重</td><td>kg ()SD</td><td>kg ()SD</td><td>kg ()SD</td><td>kg ()SD</td></tr><tr><td>治療開始前1年間の 年間身長増加率</td><td>cm/年</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td rowspan="2">骨年齢 (測定日)</td><td rowspan="2"></td><td rowspan="2"></td><td rowspan="2"></td><td>歳 か月</td></tr><tr><td>年 月 日</td></tr><tr><td>二次性徴</td><td>(なし ・ あり)</td><td>(なし ・ あり)</td><td>(なし ・ あり)</td><td>(なし ・ あり)</td></tr><tr><td>成長ホルモン投与量 (mg/kg/週)</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>併用薬① (薬剤名、投与量)</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>併用薬② (薬剤名、投与量)</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>併用薬③ (薬剤名、投与量)</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>併用薬④ (薬剤名、投与量)</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>併用薬⑤ (薬剤名、投与量)</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>													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)				
	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						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〈継続申請用〉

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（申請時） ※直近の状況を記載																																																																								
最終受診日	(年 月 日)																																																																							
<table><tr><td></td><td>開始時</td><td>約1年前</td><td>約半年前</td><td>最近</td></tr><tr><td>測定年月日</td><td>年 月 日</td><td>年 月 日</td><td>年 月 日</td><td>年 月 日</td></tr><tr><td>身長</td><td>cm ()SD</td><td>cm ()SD</td><td>cm ()SD</td><td>cm ()SD</td></tr><tr><td>体重</td><td>kg ()SD</td><td>kg ()SD</td><td>kg ()SD</td><td>kg ()SD</td></tr><tr><td>治療開始前1年間の 年間身長増加率</td><td>cm/年</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td rowspan="2">骨年齢 (測定日)</td><td rowspan="2"></td><td rowspan="2"></td><td rowspan="2"></td><td>歳 か月</td></tr><tr><td>年 月 日</td></tr><tr><td>二次性徴</td><td>(なし ・ あり)</td><td>(なし ・ あり)</td><td>(なし ・ あり)</td><td>(なし ・ あり)</td></tr><tr><td>成長ホルモン投与量 (mg/kg/週)</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>併用薬① (薬剤名、投与量)</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>併用薬② (薬剤名、投与量)</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>併用薬③ (薬剤名、投与量)</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>併用薬④ (薬剤名、投与量)</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>併用薬⑤ (薬剤名、投与量)</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>								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)				
	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			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。

C5

() 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〉

1/2

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（申請時） ※直近の状況を記載																																																																												
最終受診日	(年 月 日)																																																																											
<table><tr><td></td><td>開始時</td><td>約1年前</td><td>約半年前</td><td>最近</td></tr><tr><td>測定年月日</td><td>年 月 日</td><td>年 月 日</td><td>年 月 日</td><td>年 月 日</td></tr><tr><td>身長</td><td>cm ()SD</td><td>cm ()SD</td><td>cm ()SD</td><td>cm ()SD</td></tr><tr><td>体重</td><td>kg ()SD</td><td>kg ()SD</td><td>kg ()SD</td><td>kg ()SD</td></tr><tr><td>治療開始前1年間の 年間身長増加率</td><td>cm/年</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td rowspan="2">骨年齢 (測定日)</td><td rowspan="2"></td><td rowspan="2"></td><td rowspan="2"></td><td>歳 か月</td></tr><tr><td>年 月 日</td></tr><tr><td>二次性徴</td><td>(なし ・ あり)</td><td>(なし ・ あり)</td><td>(なし ・ あり)</td><td>(なし ・ あり)</td></tr><tr><td>成長ホルモン投与量 (mg/kg/週)</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>併用薬① (薬剤名、投与量)</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>併用薬② (薬剤名、投与量)</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>併用薬③ (薬剤名、投与量)</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>併用薬④ (薬剤名、投与量)</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>併用薬⑤ (薬剤名、投与量)</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>												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)				
	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					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。

C6	() 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〉										1/2																																																																					
病名	内分泌疾患： プラダー・ウィリ (Prader-Willi) 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 (申請時) ※直近の状況を記載																																																																																
最終受診日	(年 月 日)																																																																															
<table><tr><td></td><td>開始時</td><td>約1年前</td><td>約半年前</td><td>最近</td></tr><tr><td>測定年月日</td><td>年 月 日</td><td>年 月 日</td><td>年 月 日</td><td>年 月 日</td></tr><tr><td>身長</td><td>cm ()SD</td><td>cm ()SD</td><td>cm ()SD</td><td>cm ()SD</td></tr><tr><td>体重</td><td>kg ()SD</td><td>kg ()SD</td><td>kg ()SD</td><td>kg ()SD</td></tr><tr><td>治療開始前1年間の 年間身長増加率</td><td>cm/年</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>肥満度 (性別身長別標準 体重による)</td><td></td><td></td><td></td><td>%</td></tr><tr><td>肥満度 (性別年齢別身長 別標準体重による)</td><td></td><td></td><td></td><td>%</td></tr><tr><td>二次性徴</td><td>(なし ・ あり)</td><td>(なし ・ あり)</td><td>(なし ・ あり)</td><td>(なし ・ あり)</td></tr><tr><td>成長ホルモン投与量 (mg/kg/週)</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>併用薬① (薬剤名、投与量)</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>併用薬② (薬剤名、投与量)</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>併用薬③ (薬剤名、投与量)</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>併用薬④ (薬剤名、投与量)</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>併用薬⑤ (薬剤名、投与量)</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>												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				肥満度 (性別身長別標準 体重による)				%	肥満度 (性別年齢別身長 別標準体重による)				%	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)				
	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																																																																															
肥満度 (性別身長別標準 体重による)				%																																																																												
肥満度 (性別年齢別身長 別標準体重による)				%																																																																												
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					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。

C7	() 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〉										1/2																																																																	
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 (申請時) ※直近の状況を記載																																																																												
最終受診日	(年 月 日)																																																																											
<table><tr><td></td><td>開始時</td><td>約1年前</td><td>約半年前</td><td>最近</td></tr><tr><td>測定年月日</td><td>年 月 日</td><td>年 月 日</td><td>年 月 日</td><td>年 月 日</td></tr><tr><td>身長</td><td>. cm ()SD</td><td>. cm ()SD</td><td>. cm ()SD</td><td>. cm ()SD</td></tr><tr><td>体重</td><td>. kg ()SD</td><td>. kg ()SD</td><td>. kg ()SD</td><td>. kg ()SD</td></tr><tr><td>治療開始前1年間の 年間身長増加率</td><td>cm/年</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td rowspan="2">骨年齢 (測定日)</td><td rowspan="2"></td><td rowspan="2"></td><td rowspan="2"></td><td>歳 か月</td></tr><tr><td>年 月 日</td></tr><tr><td>二次性徴</td><td>(なし ・ あり)</td><td>(なし ・ あり)</td><td>(なし ・ あり)</td><td>(なし ・ あり)</td></tr><tr><td>成長ホルモン投与量 (mg/kg/週)</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>併用薬① (薬剤名、投与量)</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>併用薬② (薬剤名、投与量)</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>併用薬③ (薬剤名、投与量)</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>併用薬④ (薬剤名、投与量)</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>併用薬⑤ (薬剤名、投与量)</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>												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)				
	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					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。

D1

() 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〉

1/2

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)																																																																											
<table><tr><td></td><td>開始時</td><td>約1年前</td><td>約半年前</td><td>最近</td></tr><tr><td>測定年月日</td><td>年 月 日</td><td>年 月 日</td><td>年 月 日</td><td>年 月 日</td></tr><tr><td>身長</td><td>. cm ()SD</td><td>. cm ()SD</td><td>. cm ()SD</td><td>. cm ()SD</td></tr><tr><td>体重</td><td>. kg ()SD</td><td>. kg ()SD</td><td>. kg ()SD</td><td>. kg ()SD</td></tr><tr><td>治療開始前1年間の 年間身長増加率</td><td>cm/年</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td rowspan="2">骨年齢 (測定日)</td><td rowspan="2"></td><td rowspan="2"></td><td rowspan="2"></td><td>歳 か月</td></tr><tr><td>年 月 日</td></tr><tr><td>二次性徴</td><td>(なし ・ あり)</td><td>(なし ・ あり)</td><td>(なし ・ あり)</td><td>(なし ・ あり)</td></tr><tr><td>成長ホルモン投与量 (mg/kg/週)</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>併用薬① (薬剤名、投与量)</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>併用薬② (薬剤名、投与量)</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>併用薬③ (薬剤名、投与量)</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>併用薬④ (薬剤名、投与量)</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>併用薬⑤ (薬剤名、投与量)</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>												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)				
	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					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。

D2

() 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〉

1/2

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)																																																																											
<table><tr><td></td><td>開始時</td><td>約1年前</td><td>約半年前</td><td>最近</td></tr><tr><td>測定年月日</td><td>年 月 日</td><td>年 月 日</td><td>年 月 日</td><td>年 月 日</td></tr><tr><td>身長</td><td>cm ()SD</td><td>cm ()SD</td><td>cm ()SD</td><td>cm ()SD</td></tr><tr><td>体重</td><td>kg ()SD</td><td>kg ()SD</td><td>kg ()SD</td><td>kg ()SD</td></tr><tr><td>治療開始前1年間の 年間身長増加率</td><td>cm/年</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td rowspan="2">骨年齢 (測定日)</td><td rowspan="2"></td><td rowspan="2"></td><td rowspan="2"></td><td>歳 か月</td></tr><tr><td>年 月 日</td></tr><tr><td>二次性徴</td><td>(なし ・ あり)</td><td>(なし ・ あり)</td><td>(なし ・ あり)</td><td>(なし ・ あり)</td></tr><tr><td>成長ホルモン投与量 (mg/kg/週)</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>併用薬① (薬剤名、投与量)</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>併用薬② (薬剤名、投与量)</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>併用薬③ (薬剤名、投与量)</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>併用薬④ (薬剤名、投与量)</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>併用薬⑤ (薬剤名、投与量)</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>												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)				
	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					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。

