

受給者番号（ ）				
患者	ふりがな 氏名	男・女	生年月日	平成 年 月 日（満 歳）
大分類病名		細分類病名		

該当するものに○をつけ、必要な場合（ ）に記載

A. 1年間の治療の判定

成長ホルモン（GH）治療の効果 （あり・ありと思う・判定不能・なしと思う・なし）

GH治療と関係があると思われる有害事象 （なし・あり → 詳細： ）

GH治療の有害事象（上記を除く） （なし・あり → 詳細： ）

B. 治療経過

治療開始前1年間の身長増加 （ ）cm/年

測定年月日	開始日	約1年前	約半年前	最近
	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
身長	. cm	. cm	. cm	. cm
体重	. kg	. kg	. kg	. kg
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 （あれば具体的に）				

最近の所見 骨年齢 （ ） 歳 （ ） か月

身長SDスコア （ ） SD

ブラダー・ウィリ症候群の場合 → 肥満度 （ ）

腎機能低下による低身長の場合 → 検査日（ 年 月 日）
血清クレアチニン （ ） mg/dL

上記の通り診断します。

医療機関名
および
所在地

科

平成 年 月 日 医師名

小児慢性特定疾病指定医番号