

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)	
該当するものに○をつけ、必要な場合 () に記載									
全 疾 患 共 通	① 現在の身長 () cm	身長SD () SD	現在の体重 () kg						
	測定日 () 年	月	日						
	② 1年前の身長 () cm	年間身長増加率 () cm/年							
	測定日 () 年	月	日						
③ 2年前の身長 () cm	年間身長増加率 () cm/年								
	測定日 () 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)								
二次性徴 (なし ・ あり)	症候性低血糖 (なし ・ あり)								
A. 成長ホルモン分泌不全性低身長症 (脳の器質的の有無を問わず) 及び下垂体機能低下症による場合									
原疾患名	以下より該当する原疾患を選択し、内容を記載 (内分泌疾患は一つのみ選択、但し悪性新生物との同時複数選択は可)								
	() 悪性新生物	細分類疾患名 ()							
	() 内分泌疾患	細分類 1. 先天性下垂体機能低下症							
	() 内分泌疾患	細分類 2. 後天性下垂体機能低下症							
	() 内分泌疾患	細分類 5. 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)							
	() 内分泌疾患	細分類 6. 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)							
臨床所見	出生体位 (不明 ・ 頭位 ・ 骨盤位 ・ 帝王切開 ・ その他)								
	新生児仮死 (不明 ・ なし ・ あり)								
	新生児黄疸 (不明 ・ なし ・ あり - 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 不明)								
	脳の器質的疾患・画像診断の異常 (なし ・ あり → 所見:)								
検 査 所 見	血液検査								
	TSH () μU/mL	free T ₄ () ng/dL	IGF-I (ソマトメジンC) () ng/mL						
	GH分泌刺激試験① 負荷試験名 ()	検査日* () 年	月	日					
	GH頂値 (補正值) () ng/mL	GH測定キット名 ()							
	GH分泌刺激試験② 負荷試験名 ()	検査日* () 年	月	日					
GH頂値 (補正值) () ng/mL	GH測定キット名 ()								
GH分泌刺激試験③ 負荷試験名 ()	検査日* () 年	月	日						
GH頂値 (補正值) () ng/mL	GH測定キット名 ()								
遺伝子検査 (未実施 ・ 実施 → 詳細:)									
※申請日よりさかのぼって2年以内に実施した負荷試験のみ有効とする									
B. ターナー症候群及びブラダー・ウィリ症候群による場合									
原疾患名	以下より該当する原疾患を選択								
	() 内分泌疾患	細分類 91. ターナー (Turner) 症候群							
	() 内分泌疾患	細分類 92. ブラダー・ウィリ (Prader-Willi) 症候群							
検 査 所 見	ターナー症候群の場合								
	染色体核型 (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 ())								
	ブラダー・ウィリ症候群の場合								
染色体15q11-13領域 (欠失 ・ 片親性ダイソミー ・ 刷り込み変異 ・ 染色体転座 ・ その他 ())									
肥満度 ()									
C. 軟骨無形成症または軟骨低形成症による低身長の場合									
原疾患名	以下より該当する原疾患を選択								
	() 内分泌疾患	細分類 83. 軟骨無形成症							
	() 内分泌疾患	細分類 84. 軟骨低形成症							
臨 床 所 見	以下に脳外科医、整形外科医の診断およびコメントを記載								
	大孔狭窄 (なし ・ あり → 所見:)	、手術の必要性 → なし ・ あり)							
	脊柱管狭窄 (なし ・ あり → 所見:)	、手術の必要性 → なし ・ あり)							
	水頭症 (なし ・ あり → 所見:)	、手術の必要性 → なし ・ あり)							
	脊髄・馬尾圧迫 (なし ・ あり → 所見:)	、手術の必要性 → なし ・ あり)							
	神経障害 (なし ・ あり → 所見:)	、手術の必要性 → なし ・ あり)							
CT・MRI所見 (未実施 ・ 実施 → 所見:)									
その他の所見 ()									
検 査 所 見	遺伝子検査 (未実施 ・ 実施)								
	FGFR3異常 (なし ・ あり → 所見:)								
その他の遺伝子異常 (なし ・ あり → 所見:)									
D. 腎機能低下による低身長の場合									
原疾患名	該当する原疾患を、慢性腎疾患群の細分類名で記載								
	() 慢性腎疾患	細分類疾患名 ()							
所 見	血液検査 血清クレアチニン () mg/dL 検査日 () 年 月 日								
	治療 (保存療法 ・ 血液透析療法 ・ 腹膜透析療法)								
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									