

告示番号		46		内分泌疾患		( )		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉		1/2			
病名		6 成長ホルモン(GH)分泌不全性低身長症(脳の器質的原因によるものを除く。)								受付種別		<input type="checkbox"/> 新規			
受給者番号				受診日		年		月		日					
ふりがな 氏名 (Alphabet)						(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (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			
出生体重		g		出生週数		在胎		週		日		出生時に住民登録をした所 ( ) 都道府県 ( ) 市区町村			
現在の身長・体重		身長 (測定日)		cm ( SD)		年		月		日		kg ( SD)		BMI	
												肥満度			
発病時期		年		月		頃		初診日		年		月 日			
就学・就労状況		就学前 ・ 小中学校( 通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級 ) ・ 特別支援学校( 小中学部 ・ 専攻科を含む高等部 ) ・ 高等学校(専攻科を含む) ・ 高等専門学校 ・ 専門学校/専修学校など ・ 大学(短期大学を含む) ・ 就労(就学中の就労も含む) ・ 未就学かつ未就労 ・ その他 ( )													
手帳取得状況		身体障害者手帳		なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級 ・ 4級 ・ 5級 ・ 6級)						療育手帳		なし ・ あり			
		精神障害者保健福祉手帳 (障害者手帳)				なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級)									
現状評価		治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能						運動制限の必要性				なし ・ あり			
		人工呼吸器等装着者認定基準に該当				する ・ しない ・ 不明		小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当				する ・ しない ・ 不明			
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															
二次性徴 (Tanner分類)		二次性徴: [ なし ・ あり ] 思春期開始年齢: ( 歳 か月 ) 乳房発育 (女子のみ): [ I ・ II ・ III ・ IV ・ V ] 年齢 (発現時): ( 歳 か月 ) 陰毛発育 (男女共): [ I ・ II ・ III ・ IV ・ V ] 年齢 (発現時): ( 歳 か月 ) 外生殖器発達 (男子のみ): [ I ・ II ・ III ・ IV ・ V ] 年齢 (発現時): ( 歳 か月 ) 精巣容量: ( ) mL													
診断		低ゴナドトロピン性性腺機能低下症: [ なし ・ あり ] ACTH分泌不全症: [ なし ・ あり ] TSH分泌不全症: [ なし ・ あり ] GH分泌不全症: [ なし ・ あり ] 中枢性尿崩症: [ なし ・ あり ]													
症状	全身	低身長 (−2.5SD以下): [ なし ・ あり ] 低身長 (−2.5SDより大きく−2.0SD以下): [ なし ・ あり ] 成長速度の低下 (2年以上標準値の −1.5 SD以下): [ なし ・ あり ] 全身倦怠感: [ なし ・ あり ] 易疲労性: [ なし ・ あり ] 食欲不振: [ なし ・ あり ] 体重増加不良: [ なし ・ あり ] 不活発: [ なし ・ あり ] 低血圧: [ なし ・ あり ] 口渇: [ なし ・ あり ] 多飲: [ なし ・ あり ]													
	内分泌・代謝	二次性徴の欠如または進行不全: [ なし ・ あり ] 月経異常 (女子のみ): [ なし ・ あり ] 不妊 (女子のみ): [ なし ・ あり ] 乳房萎縮 (女子のみ): [ なし ・ あり ] 性欲低下 (男子のみ): [ なし ・ あり ] インポテンス (男子のみ): [ なし ・ あり ] 小陰茎 (男子のみ): [ なし ・ あり ] 陰毛腋毛の脱落: [ なし ・ あり ] 性器萎縮: [ なし ・ あり ] 耐寒性低下: [ なし ・ あり ] 症候性低血糖 (乳幼児): [ なし ・ あり ]													
	腎・泌尿器	停留精巣: [ なし ・ あり ] 部位: [ 腹腔内 ・ 鼠蹊部 ・ 陰嚢内 ] 尿道下裂: [ なし ・ あり ] 多尿: [ なし ・ あり ]													
	皮膚・粘膜	皮膚乾燥: [ なし ・ あり ] 脱毛: [ なし ・ あり ]													
	精神・神経	意識障害 (低血糖や低ナトリウム血症による): [ なし ・ あり ]													
	耳鼻咽喉	無・低嗅症 (Kallmann症候群): [ なし ・ あり ]													
	その他	症状 (その他): ( )													
	臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載														
二次性徴 (Tanner分類)		二次性徴: [ なし ・ あり ] 思春期開始年齢: ( 歳 か月 ) 乳房発育 (女子のみ): [ I ・ II ・ III ・ IV ・ V ] 年齢 (発現時): ( 歳 か月 ) 陰毛発育 (男女共): [ I ・ II ・ III ・ IV ・ V ] 年齢 (発現時): ( 歳 か月 ) 外生殖器発達 (男子のみ): [ I ・ II ・ III ・ IV ・ V ] 年齢 (発現時): ( 歳 か月 ) 精巣容量: ( ) mL													
診断		低ゴナドトロピン性性腺機能低下症: [ なし ・ あり ] ACTH分泌不全症: [ なし ・ あり ] TSH分泌不全症: [ なし ・ あり ] GH分泌不全症: [ なし ・ あり ] 中枢性尿崩症: [ なし ・ あり ]													
症状	全身	低身長 (−2.5SD以下): [ なし ・ あり ] 低身長 (−2.5SDより大きく−2.0SD以下): [ なし ・ あり ] 成長速度の低下 (2年以上標準値の −1.5 SD以下): [ なし ・ あり ] 全身倦怠感: [ なし ・ あり ] 易疲労性: [ なし ・ あり ] 食欲不振: [ なし ・ あり ] 体重増加不良: [ なし ・ あり ] 不活発: [ なし ・ あり ] 低血圧: [ なし ・ あり ] 口渇: [ なし ・ あり ] 多飲: [ なし ・ あり ]													
	内分泌・代謝	二次性徴の欠如または進行不全: [ なし ・ あり ] 月経異常 (女子のみ): [ なし ・ あり ] 不妊 (女子のみ): [ なし ・ あり ] 乳房萎縮 (女子のみ): [ なし ・ あり ] 性欲低下 (男子のみ): [ なし ・ あり ] インポテンス (男子のみ): [ なし ・ あり ] 小陰茎 (男子のみ): [ なし ・ あり ] 陰毛腋毛の脱落: [ なし ・ あり ] 性器萎縮: [ なし ・ あり ] 耐寒性低下: [ なし ・ あり ] 症候性低血糖 (乳幼児): [ なし ・ あり ]													
	腎・泌尿器	停留精巣: [ なし ・ あり ] 部位: [ 腹腔内 ・ 鼠蹊部 ・ 陰嚢内 ] 尿道下裂: [ なし ・ あり ] 多尿: [ なし ・ あり ]													
	皮膚・粘膜	皮膚乾燥: [ なし ・ あり ] 脱毛: [ なし ・ あり ]													
	精神・神経	意識障害 (低血糖や低ナトリウム血症による): [ なし ・ あり ]													
	耳鼻咽喉	無・低嗅症 (Kallmann症候群): [ なし ・ あり ]													
	その他	症状 (その他): ( )													
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															
負荷試験		TRH分泌刺激試験: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) TSH基礎値: ( ) μIU/mL TSH頂値: ( ) μIU/mL TSH頂値: 出現時間: ( ) 分													

受給者番号（		患者氏名（		）		
告示番号	46	内分泌疾患（）年度 小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉				2/2
負荷試験	GnRH（LHRH）負荷試験：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：（ 年 月 日 ） LH基礎値：（ ）mIU/mL LH頂値：（ ）mIU/mL FSH基礎値：（ ）mIU/mL FSH頂値：（ ）mIU/mL					
	インスリン・CRH負荷試験：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：（ 年 月 日 ） コルチゾール基礎値：（ ）μg/dL コルチゾール頂値：（ ）μg/dL ACTH基礎値：（ ）pg/mL ACTH頂値：（ ）pg/mL					
	水制限または高張食塩水負荷試験：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：（ 年 月 日 ） 最大血清浸透圧：（ ）mOsm/kg・H <sub>2</sub> O 最大尿浸透圧：（ ）mOsm/kg・H <sub>2</sub> O ADH頂値：（ ）pg/mL					
	バソプレシン負荷試験（水溶性ピトレスिन5単位皮下注後30分ごとに2時間採尿）：[ 未実施 ・ 実施 ] 尿量減少：[ なし ・ あり ] 尿浸透圧：（ ）mOsm/kg					
	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					
	迅速ACTH（コートロシン）負荷：[ 未実施 ・ 実施 ] 血中コルチゾール低反応：[ なし ・ あり ]					
	ACTH-Z（コートロシンZ）連続負荷：[ 未実施 ・ 実施 ] 血中コルチゾール増加反応：[ なし ・ あり ]					
	尿検査	一日尿量（体表面積当）：（ ）mL/m <sup>2</sup> /日 ・ 未実施 尿中遊離コルチゾール：（ ）μg/day ・ 未実施				
	血液検査	IGF-1（ソマトメジンC）：（ ）ng/mL テストステロン：（ ）ng/mL ・ ng/dL エストラジオール（E <sub>2</sub> ）：（ ）pg/mL コルチゾール（朝）：（ ）μg/dL コルチゾール（昼または夕）：（ ）μg/dL コルチゾール（寝る前）：（ ）μg/dL TSH：（ ）μIU/mL free T <sub>3</sub> ：（ ）pg/mL free T <sub>4</sub> ：（ ）ng/dL				
	骨年齢	骨年齢 ：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：（ 年 月 日 ） 骨年齢：（ 歳 か月 ）				
画像検査	画像検査（下垂体近傍）：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：（ 年 月 日 ） 所見：（ ）					
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						
尿検査	一日尿量（体表面積当）：（ ）mL/m <sup>2</sup> /日 ・ 未実施					
血液検査	IGF-1（ソマトメジンC）：（ ）ng/mL テストステロン：（ ）ng/mL ・ ng/dL エストラジオール（E <sub>2</sub> ）：（ ）pg/mL コルチゾール（朝）：（ ）μg/dL コルチゾール（昼または夕）：（ ）μg/dL コルチゾール（寝る前）：（ ）μg/dL TSH：（ ）μIU/mL free T <sub>3</sub> ：（ ）pg/mL free T <sub>4</sub> ：（ ）ng/dL					
骨年齢	骨年齢 ：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：（ 年 月 日 ） 骨年齢：（ 歳 か月 ）					
画像検査	画像検査（下垂体近傍）：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：（ 年 月 日 ） 所見：（ ）					
遺伝学的検査	遺伝子検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：（ 年 月 日 ） 所見：（ ）					
その他の所見（申請時） ※直近の状況を記載						
合併症	合併症：[ なし ・ あり ] 詳細：（ ）					
出生歴	骨盤位経産分娩：[ なし ・ あり ] 新生児仮死：[ なし ・ あり ] 遷延性黄疸：[ なし ・ あり ] SGA（妊娠週数に比して小さい）：[ なし ・ あり ] 出生歴（その他）：（ ）					
経過（申請時） ※直近の状況を記載						
薬物療法	補充療法：[ なし ・ あり ] 詳細：（ ）					
	機能抑制療法：[ なし ・ あり ] 詳細：（ ）					
	薬物療法（その他）：（ ）					
手術	手術：[ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ] 実施日：（ 年 月 日 ） 術式：（ ）					
治療	治療（その他）：（ ）					
今後の治療方針	今後の治療方針：（ ）					
	治療見込み期間（入院） 開始日：（ 年 月 日 ） 終了日：（ 年 月 日 ） 治療見込み期間（外来） 開始日：（ 年 月 日 ） 終了日：（ 年 月 日 ） 通院頻度 （ ）回／月					
	成長ホルモン治療の有無：[ なし ・ あり ]					
	成長ホルモン治療申請の有無（※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）：[ なし ・ あり ]					
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				
医療機関住所		診療科 医師名 (印)				
		小児慢性特定疾病 指定医番号 （ ）				