

告示番号		45		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		5 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に限る。)								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)		体重 (測定日)		kg (SD)		BMI			
		年 月 日		年 月 日		年 月 日		年 月 日		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) 外性器発達 (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] 脳の器質的障害の原因: ()											
症状	全身	低身長 (−2.0SD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) 外性器発達 (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] 脳の器質的障害の原因: ()											
症状	全身	低身長 (−2.0SD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	45	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 ₂ O 最大尿浸透圧：（ ）mOsm/kg・H ₂ O ADH頂値：（ ）pg/mL					
	パンプレシン負荷試験（水溶性ピトレシン5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（補正値）：（ ）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（補正値）：（ ）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（補正値）：（ ）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 ² /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 ₂ ）：（ ）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 ₃ ：（ ）pg/mL free T ₄ ：（ ）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：（ ）					
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 ² /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 ₂ ）：（ ）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 ₃ ：（ ）pg/mL free T ₄ ：（ ）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：（ ）					
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	骨盤位経陰分娩：[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 （ ）				