

告示番号		44		内分泌疾患（ ）年度 小児慢性特定疾病 医療意見書〈継続申請用〉										1/2							
病名		8 成長ホルモン不応性症候群（インスリン様成長因子1（IGF－1）不応症を除く。）										受付種別		<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → （ ）							
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		肥満度					
				年		月				日		年								月	
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 (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																			
		症状		全身		低身長 (－2.0SD以下)：[なし ・ あり] SGA性低身長症：[なし ・ あり]															
				その他		症状 (その他)：()															
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載																					
負荷試験		成長ホルモン分泌試験：[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基礎値 (補正值)：()ng/mL GH頂値 (補正值)：()ng/mL																			
		IGF-1 generation test：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) IGF-1 (ノマトメジンC) 頂値：()ng/mL																			
血液検査		IGF-1 (ノマトメジンC)：()ng/mL GH：()ng/mL IGFBP-3 (インスリン様成長因子結合蛋白3型)：()μg/mL・未実施																			
		GHBP (成長ホルモン結合蛋白)：[未実施 ・ 実施] 所見：()																			
骨年齢		骨年齢 ：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 骨年齢：(歳 か月)																			
遺伝学的検査		遺伝子検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日)																			
		GH受容体遺伝子異常：[なし ・ あり]																			
		詳細：()																			
		IGF-1受容体遺伝子異常：[なし ・ あり]																			
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		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]																			
手術		薬物療法 (その他)：()																			
		手術：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日：(年 月 日) 術式：()																			

受給者番号() 患者氏名()

告示番号	44	内分泌疾患	()	年度	小児慢性特定疾病 医療意見書〈継続申請用〉	2/2		
治療歴	成長ホルモン治療歴：[なし ・ あり] 治療効果：[無効 ・ やや有効 ・ 著効 ・ 不明]								
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)
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 ()				