

A () 年度 小児慢性特定疾病 成長ホルモン治療用意見書〈継続申請用〉

| | | | | | | |
|------------------|------------|-----|---|-----------|----|-----------|
| 病名 | 悪性新生物 <共通> | | | | | |
| 受給者番号 | | 受診日 | 年 | 月 | 日 | |
| ふりがな | | | | | | |
| 氏名 (Alphabet) | | | | | | |
| 生年月日 | 年 | 月 | 日 | 意見書記載時の年齢 | 歳 | か月 |
| | | | | | 性別 | 男・女・性別未決定 |

臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載

| | 開始時 | 約1年前 | 約半年前 | 最近 |
|------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| 測定年月日 | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 |
| 身長 | cm ()SD | cm ()SD | cm ()SD | cm ()SD |
| 体重 | kg ()SD | kg ()SD | kg ()SD | kg ()SD |
| 治療開始前1年間の 年間身長増加率 | cm/年 | | | |
| 骨年齢 (測定日) | | | | 歳 か月 |
| | | | | 年 月 日 |
| 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① (薬剤名、投与量) | | | | |
| 併用薬② (薬剤名、投与量) | | | | |
| 併用薬③ (薬剤名、投与量) | | | | |
| 併用薬④ (薬剤名、投与量) | | | | |
| 併用薬⑤ (薬剤名、投与量) | | | | |

経過 (申請時) ※直近の状況を記載

| | |
|------|--|
| 薬物療法 | 成長ホルモン治療：治療効果：[著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 判定不能] |
| 有害事象 | 有害事象 (成長ホルモン治療と関連あり)：[なし ・ あり] 詳細：() |
| | 有害事象 (成長ホルモン治療以外)：[なし ・ あり] 詳細：() |

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 | () | | |

B () 年度 小児慢性特定疾病 成長ホルモン治療用意見書 (継続申請用)

| | | | | | | |
|------------------|------------|-----|---|-----------|----|-----------|
| 病名 | 慢性腎疾患 <共通> | | | | | |
| 受給者番号 | | 受診日 | 年 | 月 | 日 | |
| ふりがな | | | | | | |
| 氏名 (Alphabet) | | | | | | |
| 生年月日 | 年 | 月 | 日 | 意見書記載時の年齢 | 歳 | か月 |
| | | | | | 性別 | 男・女・性別未決定 |

臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載

| | 開始時 | 約1年前 | 約半年前 | 最近 |
|------------------------|-------------|-------------|-------------|----------------|
| 測定年月日 | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 |
| 身長 | cm ()SD | cm ()SD | cm ()SD | cm ()SD |
| 体重 | kg ()SD | kg ()SD | kg ()SD | kg ()SD |
| 治療開始前1年間の 年間身長増加率 | cm/年 | | | |
| 血清クレアチニン (測定日) | | | | mg/dL 年 月 日 |
| 骨年齢 (測定日) | | | | 歳 か月 年 月 日 |
| 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① (薬剤名、投与量) | | | | |
| 併用薬② (薬剤名、投与量) | | | | |
| 併用薬③ (薬剤名、投与量) | | | | |
| 併用薬④ (薬剤名、投与量) | | | | |
| 併用薬⑤ (薬剤名、投与量) | | | | |

経過 (申請時) ※直近の状況を記載

| | |
|------|--|
| 薬物療法 | 成長ホルモン治療：治療効果：[著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 判定不能] |
| 有害事象 | 有害事象 (成長ホルモン治療と関連あり)：[なし ・ あり] 詳細：() |
| | 有害事象 (成長ホルモン治療以外)：[なし ・ あり] 詳細：() |

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 | () | | |

C1 () 年度 小児慢性特定疾病 成長ホルモン治療用意見書〈継続申請用〉

| | | | | | | |
|------------------|--------------------|-----|---|-----------|----|-----------|
| 病名 | 内分泌疾患： 先天性下垂体機能低下症 | | | | | |
| 受給者番号 | | 受診日 | 年 | 月 | 日 | |
| ふりがな | | | | | | |
| 氏名 (Alphabet) | | | | | | |
| 生年月日 | 年 | 月 | 日 | 意見書記載時の年齢 | 歳 | か月 |
| | | | | | 性別 | 男・女・性別未決定 |

臨床所見（申請時） ※直近の状況を記載

| | 開始時 | 約1年前 | 約半年前 | 最近 |
|------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| 測定年月日 | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 |
| 身長 | cm ()SD | cm ()SD | cm ()SD | cm ()SD |
| 体重 | kg ()SD | kg ()SD | kg ()SD | kg ()SD |
| 治療開始前1年間の年間身長増加率 | cm/年 | | | |
| 骨年齢 (測定日) | | | | 歳 か月 |
| | | | | 年 月 日 |
| 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① (薬剤名、投与量) | | | | |
| 併用薬② (薬剤名、投与量) | | | | |
| 併用薬③ (薬剤名、投与量) | | | | |
| 併用薬④ (薬剤名、投与量) | | | | |
| 併用薬⑤ (薬剤名、投与量) | | | | |

経過（申請時） ※直近の状況を記載

| | |
|------|---|
| 薬物療法 | 成長ホルモン治療：治療効果：[著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 判定不能] |
| 有害事象 | 有害事象（成長ホルモン治療と関連あり）：[なし ・ あり] 詳細：() |
| | 有害事象（成長ホルモン治療以外）：[なし ・ あり] 詳細：() |

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 | () | | |

C2 () 年度 小児慢性特定疾病 成長ホルモン治療用意見書〈継続申請用〉

| | | | | | | |
|------------------|--------------------|-----|---|-----------|---|-----------|
| 病名 | 内分泌疾患： 後天性下垂体機能低下症 | | | | | |
| 受給者番号 | | 受診日 | 年 | 月 | 日 | |
| ふりがな | | | | | | |
| 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 |

臨床所見（申請時） ※直近の状況を記載

| | 開始時 | 約1年前 | 約半年前 | 最近 |
|------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| 測定年月日 | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 |
| 身長 | cm ()SD | cm ()SD | cm ()SD | cm ()SD |
| 体重 | kg ()SD | kg ()SD | kg ()SD | kg ()SD |
| 治療開始前1年間の年間身長増加率 | cm/年 | | | |
| 骨年齢 (測定日) | | | | 歳 か月 |
| | | | | 年 月 日 |
| 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① (薬剤名、投与量) | | | | |
| 併用薬② (薬剤名、投与量) | | | | |
| 併用薬③ (薬剤名、投与量) | | | | |
| 併用薬④ (薬剤名、投与量) | | | | |
| 併用薬⑤ (薬剤名、投与量) | | | | |

経過（申請時） ※直近の状況を記載

| | |
|------|---|
| 薬物療法 | 成長ホルモン治療：治療効果：[著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 判定不能] |
| 有害事象 | 有害事象（成長ホルモン治療と関連あり）：[なし ・ あり] 詳細：() |
| | 有害事象（成長ホルモン治療以外）：[なし ・ あり] 詳細：() |

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 () | | | |

C3 () 年度 小児慢性特定疾病 成長ホルモン治療用意見書〈継続申請用〉

| | | | | |
|------------------|---|-----------|--------|-----------------|
| 病名 | 内分泌疾患：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に限る。） | | | |
| 受給者番号 | | 受診日 | 年 月 日 | |
| ふりがな | | | | |
| 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 |

臨床所見（申請時） ※直近の状況を記載

| | 開始時 | 約1年前 | 約半年前 | 最近 |
|------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| 測定年月日 | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 |
| 身長 | cm ()SD | cm ()SD | cm ()SD | cm ()SD |
| 体重 | kg ()SD | kg ()SD | kg ()SD | kg ()SD |
| 治療開始前1年間の年間身長増加率 | cm/年 | | | |
| 骨年齢 (測定日) | | | | 歳 か月 |
| | | | | 年 月 日 |
| 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① (薬剤名、投与量) | | | | |
| 併用薬② (薬剤名、投与量) | | | | |
| 併用薬③ (薬剤名、投与量) | | | | |
| 併用薬④ (薬剤名、投与量) | | | | |
| 併用薬⑤ (薬剤名、投与量) | | | | |

経過（申請時） ※直近の状況を記載

| | |
|------|---|
| 薬物療法 | 成長ホルモン治療：治療効果：[著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 判定不能] |
| 有害事象 | 有害事象（成長ホルモン治療と関連あり）：[なし ・ あり] 詳細：() |
| | 有害事象（成長ホルモン治療以外）：[なし ・ あり] 詳細：() |

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 () | |

C4 () 年度 小児慢性特定疾病 成長ホルモン治療用意見書〈継続申請用〉

| | | | | |
|------------------|---|-----------|--------|-----------------|
| 病名 | 内分泌疾患：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。） | | | |
| 受給者番号 | | 受診日 | 年 月 日 | |
| ふりがな | | | | |
| 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 |

臨床所見（申請時） ※直近の状況を記載

| | 開始時 | 約1年前 | 約半年前 | 最近 |
|------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| 測定年月日 | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 |
| 身長 | cm ()SD | cm ()SD | cm ()SD | cm ()SD |
| 体重 | kg ()SD | kg ()SD | kg ()SD | kg ()SD |
| 治療開始前1年間の年間身長増加率 | cm/年 | | | |
| 骨年齢 (測定日) | | | | 歳 か月 |
| | | | | 年 月 日 |
| 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① (薬剤名、投与量) | | | | |
| 併用薬② (薬剤名、投与量) | | | | |
| 併用薬③ (薬剤名、投与量) | | | | |
| 併用薬④ (薬剤名、投与量) | | | | |
| 併用薬⑤ (薬剤名、投与量) | | | | |

経過（申請時） ※直近の状況を記載

| | |
|------|---|
| 薬物療法 | 成長ホルモン治療：治療効果：[著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 判定不能] |
| 有害事象 | 有害事象（成長ホルモン治療と関連あり）：[なし ・ あり] 詳細：() |
| | 有害事象（成長ホルモン治療以外）：[なし ・ あり] 詳細：() |

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 () | |

C5 () 年度 小児慢性特定疾病 成長ホルモン治療用意見書〈継続申請用〉

| | | | | | | |
|------------------|-----------------------|-----|---|-----------|---|-----------|
| 病名 | 内分泌疾患：ターナー（Turner）症候群 | | | | | |
| 受給者番号 | | 受診日 | 年 | 月 | 日 | |
| ふりがな | | | | | | |
| 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 |

臨床所見（申請時） ※直近の状況を記載

| | 開始時 | 約1年前 | 約半年前 | 最近 |
|------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| 測定年月日 | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 |
| 身長 | cm ()SD | cm ()SD | cm ()SD | cm ()SD |
| 体重 | kg ()SD | kg ()SD | kg ()SD | kg ()SD |
| 治療開始前1年間の年間身長増加率 | cm/年 | | | |
| 骨年齢 (測定日) | | | | 歳 か月 |
| | | | | 年 月 日 |
| 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① (薬剤名、投与量) | | | | |
| 併用薬② (薬剤名、投与量) | | | | |
| 併用薬③ (薬剤名、投与量) | | | | |
| 併用薬④ (薬剤名、投与量) | | | | |
| 併用薬⑤ (薬剤名、投与量) | | | | |

経過（申請時） ※直近の状況を記載

| | |
|------|---|
| 薬物療法 | 成長ホルモン治療：治療効果：[著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 判定不能] |
| 有害事象 | 有害事象（成長ホルモン治療と関連あり）：[なし ・ あり] 詳細：() |
| | 有害事象（成長ホルモン治療以外）：[なし ・ あり] 詳細：() |

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 | () | | |

C6 () 年度 小児慢性特定疾病 成長ホルモン治療用意見書〈継続申請用〉

| | | | | |
|------------------|------------------------------------|-----------|--------|-----------------|
| 病名 | 内分泌疾患： プラダー・ウィリ (Prader-Willi) 症候群 | | | |
| 受給者番号 | | 受診日 | 年 月 日 | |
| ふりがな | | | | |
| 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 |

臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載

| | 開始時 | 約1年前 | 約半年前 | 最近 |
|---------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| 測定年月日 | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 |
| 身長 | cm ()SD | cm ()SD | cm ()SD | cm ()SD |
| 体重 | kg ()SD | kg ()SD | kg ()SD | kg ()SD |
| 治療開始前1年間の 年間身長増加率 | cm/年 | | | |
| 肥満度 (性別身長別標準 体重による) | | | | % |
| 肥満度 (性別年齢別身長 別標準体重による) | | | | % |
| 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① (薬剤名、投与量) | | | | |
| 併用薬② (薬剤名、投与量) | | | | |
| 併用薬③ (薬剤名、投与量) | | | | |
| 併用薬④ (薬剤名、投与量) | | | | |
| 併用薬⑤ (薬剤名、投与量) | | | | |

経過 (申請時) ※直近の状況を記載

| | |
|------|--|
| 薬物療法 | 成長ホルモン治療：治療効果：[著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 判定不能] |
| 有害事象 | 有害事象 (成長ホルモン治療と関連あり)：[なし ・ あり] 詳細：() |
| | 有害事象 (成長ホルモン治療以外)：[なし ・ あり] 詳細：() |

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 () | |

C7 () 年度 小児慢性特定疾病 成長ホルモン治療用意見書〈継続申請用〉

| | | | | |
|------------------|--------------------------|-----------|--------|---------------------|
| 病名 | 内分泌疾患： ノーナン (Noonan) 症候群 | | | |
| 受給者番号 | | 受診日 | 年 月 日 | |
| ふりがな | | | | |
| 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 |

臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載

| | 開始時 | 約1年前 | 約半年前 | 最近 |
|------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| 測定年月日 | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 |
| 身長 | cm ()SD | cm ()SD | cm ()SD | cm ()SD |
| 体重 | kg ()SD | kg ()SD | kg ()SD | kg ()SD |
| 治療開始前1年間の 年間身長増加率 | cm/年 | | | |
| 骨年齢 (測定日) | | | | 歳 か月 |
| | | | | 年 月 日 |
| 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① (薬剤名、投与量) | | | | |
| 併用薬② (薬剤名、投与量) | | | | |
| 併用薬③ (薬剤名、投与量) | | | | |
| 併用薬④ (薬剤名、投与量) | | | | |
| 併用薬⑤ (薬剤名、投与量) | | | | |

経過 (申請時) ※直近の状況を記載

| | |
|------|--|
| 薬物療法 | 成長ホルモン治療：治療効果：[著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 判定不能] |
| 有害事象 | 有害事象 (成長ホルモン治療と関連あり)：[なし ・ あり] 詳細：() |
| | 有害事象 (成長ホルモン治療以外)：[なし ・ あり] 詳細：() |

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 () | |

D1

() 年度 小児慢性特定疾病 成長ホルモン治療用意見書〈継続申請用〉

| | | | | | | |
|------------------|---------------|-----|---|-----------|---|---------------|
| 病名 | 骨系統疾患： 軟骨無形成症 | | | | | |
| 受給者番号 | | 受診日 | 年 | 月 | 日 | |
| ふりがな | | | | | | |
| 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 |

| 臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載 | | | | |
|------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| | 開始時 | 約1年前 | 約半年前 | 最近 |
| 測定年月日 | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 |
| 身長 | cm ()SD | cm ()SD | cm ()SD | cm ()SD |
| 体重 | kg ()SD | kg ()SD | kg ()SD | kg ()SD |
| 治療開始前1年間の 年間身長増加率 | cm/年 | | | |
| 骨年齢 (測定日) | | | | 歳 か月 |
| | | | | 年 月 日 |
| 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① (薬剤名、投与量) | | | | |
| 併用薬② (薬剤名、投与量) | | | | |
| 併用薬③ (薬剤名、投与量) | | | | |
| 併用薬④ (薬剤名、投与量) | | | | |
| 併用薬⑤ (薬剤名、投与量) | | | | |

| 経過 (申請時) ※直近の状況を記載 | |
|--------------------|--|
| 薬物療法 | 成長ホルモン治療：治療効果：[著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 判定不能] |
| 有害事象 | 有害事象 (成長ホルモン治療と関連あり)：[なし ・ あり] 詳細：() |
| | 有害事象 (成長ホルモン治療以外)：[なし ・ あり] 詳細：() |

| 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 () |

D2

() 年度 小児慢性特定疾病 成長ホルモン治療用意見書〈継続申請用〉

| | | | | | | |
|------------------|---------------|-----|---|-----------|----|-----------|
| 病名 | 骨系統疾患： 軟骨低形成症 | | | | | |
| 受給者番号 | | 受診日 | 年 | 月 | 日 | |
| ふりがな | | | | | | |
| 氏名 (Alphabet) | | | | | | |
| 生年月日 | 年 | 月 | 日 | 意見書記載時の年齢 | 歳 | か月 |
| | | | | | 性別 | 男・女・性別未決定 |

臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載

| | 開始時 | 約1年前 | 約半年前 | 最近 |
|------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| 測定年月日 | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 |
| 身長 | cm ()SD | cm ()SD | cm ()SD | cm ()SD |
| 体重 | kg ()SD | kg ()SD | kg ()SD | kg ()SD |
| 治療開始前1年間の 年間身長増加率 | cm/年 | | | |
| 骨年齢 (測定日) | | | | 歳 か月 |
| | | | | 年 月 日 |
| 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① (薬剤名、投与量) | | | | |
| 併用薬② (薬剤名、投与量) | | | | |
| 併用薬③ (薬剤名、投与量) | | | | |
| 併用薬④ (薬剤名、投与量) | | | | |
| 併用薬⑤ (薬剤名、投与量) | | | | |

経過 (申請時) ※直近の状況を記載

| | |
|------|--|
| 薬物療法 | 成長ホルモン治療：治療効果：[著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 判定不能] |
| 有害事象 | 有害事象 (成長ホルモン治療と関連あり)：[なし ・ あり] 詳細：() |
| | 有害事象 (成長ホルモン治療以外)：[なし ・ あり] 詳細：() |

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 () | | | |