

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〈新規申請用〉		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"/> 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		体重 (測定日) 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											
身体所見		身長 (出生時) : () cm											
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) : ()											
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 (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		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] 詳細 : ()											
		遺伝子異常 (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											

受給者番号（）患者氏名（）

告示番号	44	内分泌疾患（ <div></div> ）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	IGF-1 generation test：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ <div></div> 年 <div></div> 月 <div></div> 日） IGF-1（ソマトメジンC）頂値：（ <div></div> ）ng/mL			
血液検査	IGF-1（ソマトメジンC）：（ <div></div> ）ng/mL GH：（ <div></div> ）ng/mL IGFBP-3（インスリン様成長因子結合蛋白3型）：（ <div></div> ）μg/mL・未実施			
	GHBP（成長ホルモン結合蛋白）：[未実施 ・ 実施] 所見：（ <div></div> ）			
骨年齢	骨年齢：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ <div></div> 年 <div></div> 月 <div></div> 日） 骨年齢：（ <div></div> 歳 <div></div> か月）			
遺伝学的検査	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ <div></div> 年 <div></div> 月 <div></div> 日）			
	GH受容体遺伝子異常：[なし ・ あり]			
	詳細：（ <div></div> ）			
	IGF-1受容体遺伝子異常：[なし ・ あり]			
	詳細：（ <div></div> ）			
	遺伝子異常（その他）：（ <div></div> ）			
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：（ <div></div> ）			
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）：（ <div></div> ）			
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：（ <div></div> ）			
	機能抑制療法：[なし ・ あり] 詳細：（ <div></div> ）			
	薬物療法（その他）：（ <div></div> ）			
手術	手術：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日：（ <div></div> 年 <div></div> 月 <div></div> 日） 術式：（ <div></div> ）			
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）：（ <div></div> ）			
今後の治療方針	今後の治療方針：（ <div></div> ）			
	治療見込み期間（入院） 開始日：（ <div></div> 年 <div></div> 月 <div></div> 日） 終了日：（ <div></div> 年 <div></div> 月 <div></div> 日）			
	治療見込み期間（外来） 開始日：（ <div></div> 年 <div></div> 月 <div></div> 日） 終了日：（ <div></div> 年 <div></div> 月 <div></div> 日） 通院頻度（ <div></div> ）回／月			
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		
医療機関住所		年 月 日		
		診療科		
		医師名		
		(印)		
		小児慢性特定疾病 指定医番号（ <div></div> ）		