

C4		( ) 年度 小児慢性特定疾病 成長ホルモン治療用意見書〈新規申請用〉											
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（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													
症状（内分泌・代謝）		症候性低血糖（乳幼児）：[ なし ・ あり ]											
二次性徴 (Tanner分類)		二次性徴：[ なし ・ あり ]											
臨床所見（申請時） ※直近の状況を記載													
身体所見（申請時） ※直近の状況を記載		身長（直近）：( )cm 体重（直近）：( )kg		実施日：( )年 月 日		身長SD：( )SD 体重SD：( )SD		年間身長増加率 ( )cm/年					
身体所見（1年前）		身長（1年前）：( )cm 体重（1年前）：( )kg		実施日：( )年 月 日		身長SD：( )SD 体重SD：( )SD		年間身長増加率 ( )cm/年					
2年前		身長（2年前）：( )cm		実施日：( )年 月 日		身長SD：( )SD							
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													
血液検査		TSH：( )μIU/mL		free T <sub>3</sub> ：( )pg/mL		free T <sub>4</sub> ：( )ng/dL		IGF-1（ソマトメジンC）：( )ng/mL					
負荷試験		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											
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													
骨年齢		骨年齢：[ 未実施 ・ 実施 ] 骨年齢評価法：[ 日本人標準化TW2(RUS)法 ・ GP ・ その他 ]		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 所見：( )											
医療機関・医師署名													
上記の通り診断します。													
医療機関名 医療機関住所				記載年月日 年 月 日 診療科 医師名 小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )									