

B		() 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		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							
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載											
身体所見 (申請時)		身長 (直近) : ()cm		実施日 : (年 月 日)		身長SD : ()SD		年間身長増加率 : ()cm/年			
※直近の状況を記載		体重 (直近) : ()kg		実施日 : (年 月 日)		体重SD : ()SD					
身体所見 (1年前)		身長 (1年前) : ()cm		実施日 : (年 月 日)		身長SD : ()SD		年間身長増加率 : ()cm/年			
		体重 (1年前) : ()kg		実施日 : (年 月 日)		体重SD : ()SD					
2年前		身長 (2年前) : ()cm		実施日 : (年 月 日)		身長SD : ()SD					
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載											
血液検査		血清クレアチニン : ()mg/dL				実施日 : (年 月 日)					
骨年齢		骨年齢 : [未実施 ・ 実施]				実施日 : (年 月 日)		骨年齢 : (歳 か月)			
		骨年齢評価法 : [日本人標準化TW2(RUS)法 ・ GP ・ その他]									
経過 (申請時) ※直近の状況を記載											
治療		保存療法 : [未実施 ・ 実施]									
血液浄化		腹膜透析 (慢性透析) : [未実施 ・ 実施]				血液透析 (慢性透析) : [未実施 ・ 実施]					
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			
						小児慢性特定疾病 指定医番号		(