

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																																																																													
<table><tr><td></td><td>開始時</td><td>約1年前</td><td>約半年前</td><td>最近</td></tr><tr><td>測定年月日</td><td>年 月 日</td><td>年 月 日</td><td>年 月 日</td><td>年 月 日</td></tr><tr><td>身長</td><td>cm ( )SD</td><td>cm ( )SD</td><td>cm ( )SD</td><td>cm ( )SD</td></tr><tr><td>体重</td><td>kg ( )SD</td><td>kg ( )SD</td><td>kg ( )SD</td><td>kg ( )SD</td></tr><tr><td>治療開始前1年間の 年間身長増加率</td><td>cm/年</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td rowspan="2">骨年齢 (測定日)</td><td rowspan="2"></td><td rowspan="2"></td><td rowspan="2"></td><td>歳 か月</td></tr><tr><td>年 月 日</td></tr><tr><td>二次性徴</td><td>( なし ・ あり )</td><td>( なし ・ あり )</td><td>( なし ・ あり )</td><td>( なし ・ あり )</td></tr><tr><td>成長ホルモン投与量 (mg/kg/週)</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>併用薬① (薬剤名、投与量)</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>併用薬② (薬剤名、投与量)</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>併用薬③ (薬剤名、投与量)</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>併用薬④ (薬剤名、投与量)</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>併用薬⑤ (薬剤名、投与量)</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>													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)				
	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																																																																									
				小児慢性特定疾病 指定医番号		( )																																																																							