

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			
		小児慢性特定疾病 指定医番号		()	