D1　　（　　）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	骨系統疾患：　軟骨無形成症				
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
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　(　　)