

A () 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	悪性新生物 <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	歳	か月
					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	実施日 : ()年	()月	()日	身長SD : ()SD	年間身長増加率 ()cm/年
	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 (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 : () μ IU/mL	free T ₃ : () pg/mL	free T ₄ : () 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					
負荷試験	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					
負荷試験	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] 実施日 : ()年 ()月 ()日)					
	骨年齢評価法 : [日本人標準化TW2(RUS)法 ・ GP ・ その他]					
骨年齢	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						記載年月日
医療機関住所						年
						月
						日
						診療科
						医師名
						(印)
						小児慢性特定疾病 指定医番号 ()