

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)						
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 ()		資格取得年月日 年 月 日				
氏名	(セイメイ)						
	(姓名)						
生年月日	年 月 日	意見書記載時の年齢	満 歳	か月	日	性別	男性 ・ 女性 ・ 性別未決定
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載							
最終受診日	(年 月 日)						
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 (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	
医療機関所在地			診断年月日	年	月	日	
電話番号			診療科				
			医師名				
			小児慢性特定疾病 指定医番号 ()				

・ 診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年 月 日
公費負担者番号	
認定結果	[認定 ・ 不認定]
研究同意の有無	[有 ・ 無]
受給者番号	受給者番号 () 有効期限 年 月 日
階層区分	[生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 年 月 日