

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>									
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										
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		
医療機関住所					診療科					
				医師名					(印)	
				小児慢性特定疾病 指定医番号	()					