

**B** ( ) 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	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

	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			
血清クレアチニン (測定日)				mg/dL 年 月 日
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			(印)
	小児慢性特定疾病 指定医番号	(		)