

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)					
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 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)					
	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：()					

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〉				2/2																																				
医療機関・医師署名																																											
<p>上記の通り診断します。</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">医療機関名</td> <td style="width: 10%;">記載年月日</td> <td style="width: 10%;">年</td> <td style="width: 10%;">月</td> <td style="width: 10%;">日</td> <td></td> </tr> <tr> <td>医療機関所在地</td> <td>診断年月日</td> <td>年</td> <td>月</td> <td>日</td> <td></td> </tr> <tr> <td>電話番号</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">診療科</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">医師名</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">小児慢性特定疾病 指定医番号 ()</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>								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 ()				
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