

C1		() 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)				1/2	
病名	内分泌疾患： 先天性下垂体機能低下症						
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 (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						
最終受診日	(年 月 日)						
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)	身長 (直近) : () cm	実施日 : (年 月 日)	身長SD : () SD	年間身長増加率 () cm/年			
※直近の状況を記載	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				
	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				
	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 : (歳 か月)		
	骨年齢評価法 : [日本人標準化TW2(RUS)法 ・ GP ・ その他]						
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	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