

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)										
病名	内分泌疾患： 先天性下垂体機能低下症											
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 (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												
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 : ( ) $\mu$ IU/mL	free T <sub>3</sub> : ( )pg/mL	free T <sub>4</sub> : ( )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											
負荷試験	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											
負荷試験	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		
医療機関住所							診療科					
							医師名					
							小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )					
							(印)					