

C1 () 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	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 (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			
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 ()			