

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 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			
骨年齢 (測定日)				歳 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	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 ( )			

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