

C2		() 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： 後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：()μIU/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											
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					(印)
							医師名					(印)
							小児慢性特定疾病 指定医番号 ()					