

病名	内分泌疾患： 後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 日
				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