

C3		() 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：成長ホルモン分泌不全性低身長症 (脳の器質的原因によるものに限る。)						
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	
					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) ※直近の状況を記載	身長 (直近)：()cm	実施日：()年	()月	()日	身長SD：()SD	年間身長増加率 ()cm/年	
	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	
医療機関住所						日	
				診療科			
				医師名	(印)		
				小児慢性特定疾病 指定医番号 ()			