

C4		( ) 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)					1/2	
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を除く。)							
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	か月	日	性別	男性 ・ 女性 ・ 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								
最終受診日	( 年 月 日 )							
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 <sub>3</sub> ：( )pg/mL	free T <sub>4</sub> ：( )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					
	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					
	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 ( )				

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

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