

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)									
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。)										
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) ※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 <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	骨年齢評価法：[ 日本人標準化TW2(RUS)法 ・ GP ・ その他 ]	骨年齢：( )歳					
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						
					医師名	(印)					
					小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )						