

**C4** ( ) 年度 小児慢性特定疾病 成長ホルモン治療用意見書〈継続申請用〉

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（申請時） ※直近の状況を記載**

	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 か月
				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  
医療機関住所  
診療科  
医師名 (印)  
小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )