

C5		( ) 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：ターナー (Turner) 症候群					
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 (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						
遺伝学的検査	染色体検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 核型 (ターナー症候群)：[ 45,X ・ 46,X,i(Xq) ・ 45,X/46,X,i(Xq) ・ 45,X/46,XX ・ 45,X/46,X,r(X) ・ 45,X/47,XXX ・ 46,X,+mar ・ その他 ] 所見 (その他)：( )					
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載						
遺伝学的検査	染色体検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 核型 (ターナー症候群)：[ 45,X ・ 46,X,i(Xq) ・ 45,X/46,X,i(Xq) ・ 45,X/46,XX ・ 45,X/46,X,r(X) ・ 45,X/47,XXX ・ 46,X,+mar ・ その他 ] 所見 (その他)：( )					
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