

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	内分泌疾病：ターナー (Turner) 症候群										
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										
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			
医療機関住所					診療科						
					医師名	(印)					
					小児慢性特定疾病 指定医番号 ()						