

C6		( ) 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： プラダー・ウィリ (Prader-Willi) 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	肥満度 (性別身長別標準体重による : 伊藤式) : ( )%	肥満度 (性別年齢別身長別標準体重による : 村田式) : ( )%
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 所見 (15q11-13領域) : [ 欠失 ・ 片親性ダイソミー ・ 刷り込み変異 ・ 染色体転座 ・ 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 所見 (15q11-13領域) : [ 欠失 ・ 片親性ダイソミー ・ 刷り込み変異 ・ 染色体転座 ・ 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 ( )								