

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)

1/1

病名	内分泌疾患： プラダー・ウィリ (Prader-Willi) 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 か月 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) ※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