

C6

() 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)

1/2

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 月 日 性別 男性 ・ 女性 ・ 性別未決定
臨床所見 (申請時)	※直近の状況を記載				
最終受診日	(年	月	日)	

	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			
肥満度 (性別身長別標準体重による)				%
肥満度 (性別年齢別身長別標準体重による)				%
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