

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〉

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 (申請時) ※直近の状況を記載

	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
医療機関住所	診療科	
	医師名	(印)
	小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )	