

## D1 ( ) 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	骨系統疾患： 軟骨無形成症					
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 (申請時) ※直近の状況を記載						
最終受診日	( 年 月 日 )					
身体所見 (申請時)	身長 (直近) : ( )cm	実施日 : ( 年 月 日 )	身長SD : ( )SD	年間身長増加率 : ( )cm/年		
※直近の状況を記載	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			
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
医療機関所在地				診断年月日	年	月
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