

| 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) |      |           |                    |                   |   |    |           |
|----------------------|------------------|--------------------------------------|------|-----------|--------------------|-------------------|---|----|-----------|
| 病名                   | 骨系統疾患： 軟骨無形成症    |                                      |      |           |                    |                   |   |    |           |
| 受給者番号                |                  | 受診日                                  | 年    | 月         | 日                  |                   |   |    |           |
| ふりがな                 |                  |                                      |      |           |                    |                   |   |    |           |
| 氏名<br>(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 |                  |                                      |      |           |                    |                   |   |    |           |
| 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 | 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 ( ) |                   |   |    |           |