

D2		( ) 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： 軟骨低形成症								
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									
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 ( )				