

C2		() 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〉										1/2	
病名		内分泌疾患： 後天性下垂体機能低下症											
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（診断時） ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載													
最終受診日		(年 月 日)											
症状（内分泌・代謝）		症候性低血糖（乳幼児）：[なし ・ あり]											
二次性徴 (Tanner分類)		二次性徴：[なし ・ あり]											
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											
検査所見（診断時） ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載													
血液検査		TSH：()μIU/mL free T ₃ ：()pg/mL free T ₄ ：()ng/dL IGF-1（ソマトメジンC）：()ng/mL											
負荷試験		成長ホルモン分泌試験①：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 負荷試験名：[インスリン負荷試験 ・ グルカゴン負荷試験 ・ アルギニン負荷試験 ・ クロニジン負荷試験 ・ GHRP-2負荷試験 ・ L-DOPA負荷試験] GH測定キット名：() GH頂値（補正値）：()ng/mL											
		成長ホルモン分泌試験②：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 負荷試験名：[インスリン負荷試験 ・ グルカゴン負荷試験 ・ アルギニン負荷試験 ・ クロニジン負荷試験 ・ GHRP-2負荷試験 ・ L-DOPA負荷試験] GH測定キット名：() GH頂値（補正値）：()ng/mL											
		成長ホルモン分泌試験③：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 負荷試験名：[インスリン負荷試験 ・ グルカゴン負荷試験 ・ アルギニン負荷試験 ・ クロニジン負荷試験 ・ GHRP-2負荷試験 ・ L-DOPA負荷試験] GH測定キット名：() GH頂値（補正値）：()ng/mL											
遺伝学的検査		遺伝子検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()											
検査所見（申請時） ※直近の状況を記載													
骨年齢		骨年齢 : [未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 骨年齢：(歳 か月) 骨年齢評価法：[日本人標準化TW2(RUS)法 ・ GP ・ その他]											
遺伝学的検査		遺伝子検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()											
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。

