

B		() 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		慢性腎疾患 〈共通〉											
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) ※直近の状況を記載		身長 (直近) : ()cm 実施日 : (年 月 日) 身長SD : ()SD 年間身長増加率 : ()cm/年 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 (申請時) ※直近の状況を記載													
血液検査		血清クレアチニン : ()mg/dL 実施日 : (年 月 日)											
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]											
経過 (申請時) ※直近の状況を記載													
治療		保存療法 : [未実施 ・ 実施]											
血液浄化		腹膜透析 (慢性透析) : [未実施 ・ 実施] 血液透析 (慢性透析) : [未実施 ・ 実施]											
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。

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