

() 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〉

B										
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	診断年月日	年	月	日		
医療機関所在地										
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						