

C7

() 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）

2023a-0011/1

病名	内分泌疾患： ノーナン（Noonan）症候群									
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） ※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（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										
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										
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。

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