

C1	() 年度 小児慢性特定疾病 成長ホルモン治療用意見書〈継続申請用〉										1/2																																																																	
病名	内分泌疾患： 先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（申請時） ※直近の状況を記載																																																																												
最終受診日	(年 月 日)																																																																											
<table><tr><td></td><td>開始時</td><td>約1年前</td><td>約半年前</td><td>最近</td></tr><tr><td>測定年月日</td><td>年 月 日</td><td>年 月 日</td><td>年 月 日</td><td>年 月 日</td></tr><tr><td>身長</td><td>cm ()SD</td><td>cm ()SD</td><td>cm ()SD</td><td>cm ()SD</td></tr><tr><td>体重</td><td>kg ()SD</td><td>kg ()SD</td><td>kg ()SD</td><td>kg ()SD</td></tr><tr><td>治療開始前1年間の 年間身長増加率</td><td>cm/年</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td rowspan="2">骨年齢 (測定日)</td><td rowspan="2"></td><td rowspan="2"></td><td rowspan="2"></td><td>歳 か月</td></tr><tr><td>年 月 日</td></tr><tr><td>二次性徴</td><td>(なし ・ あり)</td><td>(なし ・ あり)</td><td>(なし ・ あり)</td><td>(なし ・ あり)</td></tr><tr><td>成長ホルモン投与量 (mg/kg/週)</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>併用薬① (薬剤名、投与量)</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>併用薬② (薬剤名、投与量)</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>併用薬③ (薬剤名、投与量)</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>併用薬④ (薬剤名、投与量)</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>併用薬⑤ (薬剤名、投与量)</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>												開始時	約1年前	約半年前	最近	測定年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	身長	cm ()SD	cm ()SD	cm ()SD	cm ()SD	体重	kg ()SD	kg ()SD	kg ()SD	kg ()SD	治療開始前1年間の 年間身長増加率	cm/年				骨年齢 (測定日)				歳 か月	年 月 日	二次性徴	(なし ・ あり)	(なし ・ あり)	(なし ・ あり)	(なし ・ あり)	成長ホルモン投与量 (mg/kg/週)					併用薬① (薬剤名、投与量)					併用薬② (薬剤名、投与量)					併用薬③ (薬剤名、投与量)					併用薬④ (薬剤名、投与量)					併用薬⑤ (薬剤名、投与量)				
	開始時	約1年前	約半年前	最近																																																																								
測定年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日																																																																								
身長	cm ()SD	cm ()SD	cm ()SD	cm ()SD																																																																								
体重	kg ()SD	kg ()SD	kg ()SD	kg ()SD																																																																								
治療開始前1年間の 年間身長増加率	cm/年																																																																											
骨年齢 (測定日)				歳 か月																																																																								
				年 月 日																																																																								
二次性徴	(なし ・ あり)	(なし ・ あり)	(なし ・ あり)	(なし ・ あり)																																																																								
成長ホルモン投与量 (mg/kg/週)																																																																												
併用薬① (薬剤名、投与量)																																																																												
併用薬② (薬剤名、投与量)																																																																												
併用薬③ (薬剤名、投与量)																																																																												
併用薬④ (薬剤名、投与量)																																																																												
併用薬⑤ (薬剤名、投与量)																																																																												
経過（申請時） ※直近の状況を記載																																																																												
薬物療法	成長ホルモン治療：治療効果：[著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 判定不能]																																																																											
有害事象	有害事象（成長ホルモン治療と関連あり）：[なし ・ あり] 詳細：()																																																																											
	有害事象（成長ホルモン治療以外）：[なし ・ あり] 詳細：()																																																																											
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。

