C1		() 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)				
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 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 (補正值)：()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 (補正值)：()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 (補正值)：()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 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。

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