C5 （　　）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：　ターナー（Turner）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 体重（直近）：（　　）kg	実施日：（　　年　　月　　日　） 実施日：（　　年　　月　　日　）	身長SD：（　　）SD 体重SD：（　　）SD	年間身長増加率（　　）cm/年
身体所見（1年前）	身長（1年前）：（　　）cm 体重（1年前）：（　　）kg	実施日：（　　年　　月　　日　） 実施日：（　　年　　月　　日　）	身長SD：（　　）SD 体重SD：（　　）SD	年間身長増加率（　　）cm/年
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	染色体検査：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　　年　　月　　日　） 核型（ターナー症候群）：[　45,X　・　46,X,i(Xq)　・　45,X/46,X,i(Xq)　・　45,X/46,XX　・　45,X/46,X,r(X)　・　45,X/47,XXX　・　46,X,+mar　・　その他　] 所見（その他）：（　　）

検査所見（申請時）　※直近の状況を記載	
遺伝学的検査	染色体検査：[　未実施　・　実施　]　実施日：（　　年　　月　　日　） 核型（ターナー症候群）：[　45,X　・　46,X,i(Xq)　・　45,X/46,X,i(Xq)　・　45,X/46,XX　・　45,X/46,X,r(X)　・　45,X/47,XXX　・　46,X,+mar　・　その他　] 所見（その他）：（　　）

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