

告示番号		45		内分泌疾患		()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書〈継続申請用〉		1/2	
病名		5 成長ホルモン(GH)分泌不全性低身長症(脳の器質的原因によるものに限る。)						受付種別		☐ 継続 転出実施主体名 ☐ 転入 → ()			
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)				以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓)					
住所		郵便番号 (-) 都道府県 () 市区町村 () 丁目番地等 ()											
生年月日		年 月 日						性別		男性 ・ 女性 ・ 性別未決定			
出生地		都道府県 () 市区町村 ()											
出生体重		g		出生週数		在胎 週 日							
発症時期		年 月 頃		記載時の年齢		満 歳 か月 日							
現在の 身長・体重		身長 (測定日)		cm (SD) 年 月 日		体重 (測定日)		kg (SD) 年 月 日		BMI			
										肥満度		%	
手帳取得状況		身体障害者手帳		なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級 ・ 4級 ・ 5級 ・ 6級)						療育手帳		なし ・ あり	
		精神障害者保健福祉手帳 (障害者手帳)		なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級)									
現状評価		治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能						運動制限の必要性		なし ・ あり			
		人工呼吸器等装着者認定基準に該当		する ・ しない ・ 不明		小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当		する ・ しない ・ 不明					
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
最終受診日		(年 月 日)											
二次性徴 (Tanner分類)		二次性徴:[なし ・ あり] 思春期開始年齢:(歳 か月) 乳房発育 (女子のみ):[I ・ II ・ III ・ IV ・ V] 年齢 (発現時):(歳 か月) 陰毛発育 (男女共):[I ・ II ・ III ・ IV ・ V] 年齢 (発現時):(歳 か月) 外性器発達 (男子のみ):[I ・ II ・ III ・ IV ・ V] 年齢 (発現時):(歳 か月) 精巣容量:()mL											
診断		低ゴナドトロピン性性腺機能低下症:[なし ・ あり] ACTH分泌不全症:[なし ・ あり] TSH分泌不全症:[なし ・ あり] GH分泌不全症:[なし ・ あり] 中枢性尿崩症:[なし ・ あり]											
		脳の器質的障害の原因:()											
症 状	全身	低身長 (−2.0SD以下):[なし ・ あり] 全身倦怠感:[なし ・ あり] 易疲労性:[なし ・ あり] 食欲不振:[なし ・ あり] 体重増加不良:[なし ・ あり] 不活発:[なし ・ あり] 低血圧:[なし ・ あり] 口渇:[なし ・ あり] 多飲:[なし ・ あり]											
	内分泌・代謝	二次性徴の欠如または進行不全:[なし ・ あり] 月経異常 (女子のみ):[なし ・ あり] 不妊 (女子のみ):[なし ・ あり] 乳房萎縮 (女子のみ):[なし ・ あり] 性欲低下 (男子のみ):[なし ・ あり] インポテンス (男子のみ):[なし ・ あり] 小陰茎 (男子のみ):[なし ・ あり] 陰毛腋毛の脱落:[なし ・ あり] 性器萎縮:[なし ・ あり] 耐寒性低下:[なし ・ あり] 症候性低血糖 (乳幼児):[なし ・ あり]											
	腎・泌尿器	停留精巣:[なし ・ あり] 部位:[腹腔内 ・ 鼠蹊部 ・ 陰嚢内] 尿道下裂:[なし ・ あり] 多尿:[なし ・ あり]											
	皮膚・粘膜	皮膚乾燥:[なし ・ あり] 脱毛:[なし ・ あり]											
	精神・神経	意識障害 (低血糖や低ナトリウム血症による):[なし ・ あり]											
	耳鼻咽喉	無・低嗅症 (Kallmann症候群):[なし ・ あり]											
	その他	症状 (その他):()											
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
尿検査		一日尿量 (体表面積当):()mL/m ² /日 ・ 未実施											
血液検査		IGF-1 (ソマトメジンC):()ng/mL テストステロン:()ng/mL ・ ng/dL エストラジオール (E ₂):()pg/mL コルチゾール (朝):()μg/dL コルチゾール (昼または夕):()μg/dL コルチゾール (寝る前):()μg/dL TSH:()μIU/mL free T ₃ :()pg/mL free T ₄ :()ng/dL											
骨年齢		骨年齢 :[未実施 ・ 実施] 実施日:(年 月 日)						骨年齢:(歳 か月)					
画像検査		画像検査 (下垂体近傍):[未実施 ・ 実施] 実施日:(年 月 日) 所見:()											
その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
合併症		合併症:[なし ・ あり] 詳細:()											
出生歴		骨盤位経産分娩:[なし ・ あり] 新生児仮死:[なし ・ あり] 遷延性黄疸:[なし ・ あり] SGA (妊娠週数に比して小さい):[なし ・ あり] 出生歴 (その他):()											

