

告示番号		44		内分泌疾患		()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉		1/3	
病名		8 成長ホルモン不応性症候群（インスリン様成長因子1（IGF－1）不応症を除く。）								受付種別		☐ 新規	
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		治療 ・ 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 (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)											
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) 外生殖器発達 (男子のみ)：[I ・ II ・ III ・ IV ・ V] 年齢 (発現時)：(歳 か月) 精巣容量：()mL											
身体所見		身長 (出生時)：()cm											
症 状		全身		低身長 (－2.0SD以下)：[なし ・ あり] SGA性低身長症：[なし ・ あり]									
		その他		症状 (その他)：()									
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
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) 外生殖器発達 (男子のみ)：[I ・ II ・ III ・ IV ・ V] 年齢 (発現時)：(歳 か月) 精巣容量：()mL											
症 状		全身		低身長 (－2.0SD以下)：[なし ・ あり] SGA性低身長症：[なし ・ あり]									
		その他		症状 (その他)：()									
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													
負荷試験		成長ホルモン分泌試験：[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基礎値 (補正值)：()ng/mL GH頂値 (補正值)：()ng/mL											
		IGF-1 generation test：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) IGF-1 (ソマトメジンC) 頂値：()ng/mL											
血液検査		IGF-1 (ソマトメジンC)：()ng/mL GH：()ng/mL IGFBP-3 (インスリン様成長因子結合蛋白3型)：()μg/mL・未実施											
		GHBP (成長ホルモン結合蛋白)：[未実施 ・ 実施] 所見：()											
骨年齢		骨年齢 ：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 骨年齢：(歳 か月)											
遺伝学的検査		遺伝子検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日)											
		GH受容体遺伝子異常：[なし ・ あり]											
		詳細：()											
		IGF-1受容体遺伝子異常：[なし ・ あり]											
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載		GH受容体遺伝子異常：[なし ・ あり]											
		詳細：()											
遺伝子異常 (その他)：()		遺伝子異常 (その他)：()											
負荷試験		成長ホルモン分泌試験：[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基礎値 (補正值)：()ng/mL GH頂値 (補正值)：()ng/mL											

