

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 (継続申請用) **1/2**

病名	<b>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。)</b>			受付種別	<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 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) (姓名)		以前の登録氏名 (変更のある場合)	(セイメイ) (姓名)		
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)		体重 (測定日)	kg ( SD)	
	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	BMI	%
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 (申請時) ※直近の状況を記載						
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 ] 詳細: ( )					
	遺伝子異常 (その他): ( )					
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	SGA (妊娠週数に比して小さい): [ なし ・ あり ] 出生歴 (その他): ( )					
経過 (申請時) ※直近の状況を記載						
薬物療法	補充療法: [ なし ・ あり ] 詳細: ( )					
	機能抑制療法: [ なし ・ あり ] 詳細: ( )					
	薬物療法 (その他): ( )					
手術	手術: [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 術式: ( )					

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 (継続申請用)	2/2						
治療歴	成長ホルモン治療歴：[ なし ・ あり ] 治療効果：[ 無効 ・ やや有効 ・ 著効 ・ 不明 ]										
治療	治療 (その他)：( )										
今後の治療方針	今後の治療方針：( )										
	治療見込み期間 (入院)	開始日：( )	年	月	日	終了日：( )	年	月	日		
	治療見込み期間 (外来)	開始日：( )	年	月	日	終了日：( )	年	月	日	通院頻度 ( )	回/月
就学・就労状況	就学前 ・ 小中学校( 通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級 ) ・ 特別支援学校( 小中学部 ・ 専攻科を含む高等部 ) ・ 高等学校(専攻科を含む) ・ 高等専門学校 ・ 専門学校/専修学校など ・ 大学(短期大学を含む) ・ 就労(就学中の就労も含む) ・ 未就学かつ未就労 ・ 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