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〉

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	□ 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（　　ー　　）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
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]
症状　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（補正値）：（　　）ng/mL　GH頂値（補正値）：（　　）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：（　　）

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2025a-001

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