

告示番号		47	内分泌疾患		平成（ ）年度 小児慢性特定疾病 医療意見書		
受給者番号（ ）			新規登録 ・ 継続 ・ 転入（ 転出地： ）				
患者	ふりがな 氏名		男 ・ 女	生年月日	平成 年 月 日（満 歳）		
出生都道府県※1			出生体重		g	出生週数	在胎 週
現在の身長※2		cm	現在の体重※2		kg	母の生年月日	昭和 平成 年 月 日
発病		年 月 頃		初診日	年 月 日		
大分類病名		4	成長ホルモン分泌不全性低身長症		細分類病名	6	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を除く。）

該当するものに○をつけ、必要な場合（ ）に記載

1.臨床所見	
現在の 症 状	身長・体重の測定日（ ）年 月（ ）日） 現在の身長（ ）SD 現在の体重（ ）SD 低ゴナドトロピン性性腺機能低下症 （ なし ・ あり → 二次性徴の欠如または進行停止 ・ 月経異常 ・ 性欲低下 ・ インポテンス ・ 不妊 ・ 陰毛腋毛の脱落 ・ 性器萎縮 ・ 乳房萎縮 ・ 小陰茎 ・ 停留精巣 ・ 尿道下裂 ・ 無嗅症（Kallmann症候群）） ACTH分泌不全症 （ なし ・ あり → 全身倦怠感 ・ 易疲労性 ・ 食欲不振 ・ 意識障害（低血糖や低ナトリウム血症による） ・ 低血圧 ） TSH分泌不全症 （ なし ・ あり → 耐寒能の低下 ・ 不活発 ・ 皮膚乾燥 ・ 徐脈 ・ 脱毛 ・ 发育障害 ） GH分泌不全症 （ なし ・ あり → 乳幼児の症候性低血糖 ・ 低身長（-2.5SD以下） ・ 低身長（-2.5 SDより大きい～ -2.0SD以下） ・ 成長速度の低下（2年以上標準値の -1.5 SD以下）） 中枢性尿崩症 （ なし ・ あり → 口渇 ・ 多飲 ・ 多尿 ） 二次性徴 乳房 Tanner（ ）度 陰毛 Tanner（ ）度 精巣（ ）mL その他の特記すべき症状（ なし ・ あり → 所見： ）

2.検査所見																																																																
診 断 の 根 拠 と な っ た 主 な 検 査 等 の 結 果	継続申請の場合は現在の状況を記載 <table><tr><td>GH分泌刺激試験①</td><td>負荷試験名（ ）</td><td>検査日（ ）年 月 日）</td></tr><tr><td></td><td>GH頂値（補正值）（ ）ng/mL</td><td></td></tr><tr><td>GH分泌刺激試験②</td><td>負荷試験名（ ）</td><td>検査日（ ）年 月 日）</td></tr><tr><td></td><td>GH頂値（補正值）（ ）ng/mL</td><td></td></tr><tr><td>TRH分泌刺激試験</td><td>検査日（ ）年 月 日）</td><td></td></tr><tr><td></td><td>TSH基礎値（ ）μIU/mL</td><td>TSH頂値（ ）μIU/mL 頂値出現時間（ ）分</td></tr><tr><td>LHRH負荷試験</td><td>検査日（ ）年 月 日）</td><td></td></tr><tr><td></td><td>LH基礎値（ ）mIU/mL</td><td>LH頂値（ ）mIU/mL</td></tr><tr><td></td><td>FSH基礎値（ ）mIU/mL</td><td>FSH頂値（ ）mIU/mL</td></tr><tr><td>インスリン・CRH負荷試験</td><td>検査日（ ）年 月 日）</td><td></td></tr><tr><td></td><td>コルチゾール基礎値（ ）μg/dL</td><td>コルチゾール頂値（ ）μg/dL</td></tr><tr><td>水制限・高張食塩水負荷試験</td><td>検査日（ ）年 月 日）</td><td></td></tr><tr><td></td><td>最大尿浸透圧（ ）mOsm/kg ・ H₂O</td><td>ADH頂値（ ）pg/mL</td></tr><tr><td></td><td>free T₃（ ）pg/mL</td><td>free T₄（ ）ng/dL IGF-I（ ）ng/mL</td></tr><tr><td></td><td>テストステロン（ ）ng/dL</td><td>E₂（ ）pg/mL</td></tr><tr><td></td><td>コルチゾール 朝：（ ）μg/dL 昼・夕：（ ）μg/dL 寝る前：（ ）μg/dL</td><td></td></tr><tr><td>骨年齢</td><td>検査日（ ）年 月 日）（ ）歳（ ）か月</td><td></td></tr><tr><td>画像所見（下垂体近傍の画像所見）</td><td>検査日（ ）年 月 日）</td><td></td></tr><tr><td></td><td>所見（ ）</td><td></td></tr><tr><td>周産期異常</td><td colspan="2">（ なし ・ 骨盤位分娩 ・ 新生児仮死 ・ 遷延性黄疸 ）</td></tr><tr><td>遺伝子検査</td><td colspan="2">（ 未実施 ・ 実施 → 所見： ）</td></tr></table>	GH分泌刺激試験①	負荷試験名（ ）	検査日（ ）年 月 日）		GH頂値（補正值）（ ）ng/mL		GH分泌刺激試験②	負荷試験名（ ）	検査日（ ）年 月 日）		GH頂値（補正值）（ ）ng/mL		TRH分泌刺激試験	検査日（ ）年 月 日）			TSH基礎値（ ）μIU/mL	TSH頂値（ ）μIU/mL 頂値出現時間（ ）分	LHRH負荷試験	検査日（ ）年 月 日）			LH基礎値（ ）mIU/mL	LH頂値（ ）mIU/mL		FSH基礎値（ ）mIU/mL	FSH頂値（ ）mIU/mL	インスリン・CRH負荷試験	検査日（ ）年 月 日）			コルチゾール基礎値（ ）μg/dL	コルチゾール頂値（ ）μg/dL	水制限・高張食塩水負荷試験	検査日（ ）年 月 日）			最大尿浸透圧（ ）mOsm/kg ・ H ₂ O	ADH頂値（ ）pg/mL		free T ₃ （ ）pg/mL	free T ₄ （ ）ng/dL IGF-I（ ）ng/mL		テストステロン（ ）ng/dL	E ₂ （ ）pg/mL		コルチゾール 朝：（ ）μg/dL 昼・夕：（ ）μg/dL 寝る前：（ ）μg/dL		骨年齢	検査日（ ）年 月 日）（ ）歳（ ）か月		画像所見 （下垂体近傍の画像所見）	検査日（ ）年 月 日）			所見（ ）		周産期異常	（ なし ・ 骨盤位分娩 ・ 新生児仮死 ・ 遷延性黄疸 ）		遺伝子検査	（ 未実施 ・ 実施 → 所見： ）	
	GH分泌刺激試験①	負荷試験名（ ）	検査日（ ）年 月 日）																																																													
		GH頂値（補正值）（ ）ng/mL																																																														
	GH分泌刺激試験②	負荷試験名（ ）	検査日（ ）年 月 日）																																																													
		GH頂値（補正值）（ ）ng/mL																																																														
	TRH分泌刺激試験	検査日（ ）年 月 日）																																																														
		TSH基礎値（ ）μIU/mL	TSH頂値（ ）μIU/mL 頂値出現時間（ ）分																																																													
	LHRH負荷試験	検査日（ ）年 月 日）																																																														
		LH基礎値（ ）mIU/mL	LH頂値（ ）mIU/mL																																																													
		FSH基礎値（ ）mIU/mL	FSH頂値（ ）mIU/mL																																																													
インスリン・CRH負荷試験	検査日（ ）年 月 日）																																																															
	コルチゾール基礎値（ ）μg/dL	コルチゾール頂値（ ）μg/dL																																																														
水制限・高張食塩水負荷試験	検査日（ ）年 月 日）																																																															
	最大尿浸透圧（ ）mOsm/kg ・ H ₂ O	ADH頂値（ ）pg/mL																																																														
	free T ₃ （ ）pg/mL	free T ₄ （ ）ng/dL IGF-I（ ）ng/mL																																																														
	テストステロン（ ）ng/dL	E ₂ （ ）pg/mL																																																														
	コルチゾール 朝：（ ）μg/dL 昼・夕：（ ）μg/dL 寝る前：（ ）μg/dL																																																															
骨年齢	検査日（ ）年 月 日）（ ）歳（ ）か月																																																															
画像所見 （下垂体近傍の画像所見）	検査日（ ）年 月 日）																																																															
	所見（ ）																																																															
周産期異常	（ なし ・ 骨盤位分娩 ・ 新生児仮死 ・ 遷延性黄疸 ）																																																															
遺伝子検査	（ 未実施 ・ 実施 → 所見： ）																																																															

3.その他の所見	
その他の現在の所見など	合併症（ なし ・ あり → 詳細： ）

4.経 過	
現在までの主な治療など	薬物療法など（ なし ・ あり → 補充療法 ・ 機能抑制療法 ・ 他の薬物療法 ・ 運動制限 ・ 手術予定あり ・ 術後 ） 成長ホルモン治療申請※（ 不要 ・ 要 → 添付する成長ホルモン治療用意意見書（ 初回 ・ 継続 ）） ※身長 -2.5SD以下の場合のみ申請可

5.今後の療の方針	
就学・就労	1.就学前 2.小中学校（通常学級・通級・特別支援学級） 3.特別支援学校（小中学部・専攻科を含む高等部） 4.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 5.大学（短期大学を含む） 6.就労（就学中の就労も含む） 7.未就学かつ未就労 8.その他（ ）
現状評価	一つに○印： 治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能 小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当： しない ・ する ・ 不明 人工呼吸器等装着者認定基準に該当： しない ・ する ・ 不明
治療見込期間	入院 年 月 日 から 年 月 日 まで
	通院 年 月 日 から 年 月 日 まで（ 月 回 ）

上 記 の 通 り 診 断 し ま す 。		医療機関名
		および
		所在地
平成 年 月 日	医師名	科 印
小児慢性特定疾病指定医番号		

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入
※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入