

C5	( ) 年度 小児慢性特定疾病 成長ホルモン治療用意見書〈新規申請用〉										
病名	内分泌疾患： ターナー（Turner）症候群										
受給者番号		受診日	年	月	日						
ふりがな 氏名 (Alphabet)											
生年月日	年	月	日	意見書記載時の年齢	歳	か月	日	性別	男	女	性別未決定
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										
症状（内分泌・代謝）	症候性低血糖（乳幼児）：[ なし ・ あり ]										
二次性徴 (Tanner分類)	二次性徴：[ なし ・ あり ]										
臨床所見（申請時）	※直近の状況を記載										
身体所見（申請時） ※直近の状況を記載	身長（直近）：( )cm 体重（直近）：( )kg	実施日：( )年( )月( )日	身長SD：( )SD 体重SD：( )SD	年間身長増加率 ( )cm/年							
身体所見（1年前）	身長（1年前）：( )cm 体重（1年前）：( )kg	実施日：( )年( )月( )日	身長SD：( )SD 体重SD：( )SD	年間身長増加率 ( )cm/年							
2年前	身長（2年前）：( )cm	実施日：( )年( )月( )日	身長SD：( )SD								
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										
遺伝学的検査	染色体検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( )年( )月( )日 核型（ターナー症候群）：[ 45,X ・ 46,X,i(Xq) ・ 45,X/46,X,i(Xq) ・ 45,X/46,XX ・ 45,X/46,X,r(X) ・ 45,X/47,XXX ・ 46,X,+mar ・ その他 ] 所見（その他）：( )										
検査所見（申請時）	※直近の状況を記載										
遺伝学的検査	染色体検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( )年( )月( )日 核型（ターナー症候群）：[ 45,X ・ 46,X,i(Xq) ・ 45,X/46,X,i(Xq) ・ 45,X/46,XX ・ 45,X/46,X,r(X) ・ 45,X/47,XXX ・ 46,X,+mar ・ その他 ] 所見（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
医療機関住所					診療科		医師名		小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )		