

C2	( ) 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： 後天性下垂体機能低下症										
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											
血液検査	TSH：( )μIU/mL      free T <sub>3</sub> ：( )pg/mL      free T <sub>4</sub> ：( )ng/dL      IGF-1（ソマトメジンC）：( )ng/mL										
負荷試験	成長ホルモン分泌試験①：[ 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頂値（補正值）：( )ng/mL										
	成長ホルモン分泌試験②：[ 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頂値（補正值）：( )ng/mL										
	成長ホルモン分泌試験③：[ 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頂値（補正值）：( )ng/mL										
遺伝学的検査	遺伝子検査：[ 未実施 ・ 実施 ]      実施日：( )年 月 日 所見：( )										
検査所見（申請時） ※直近の状況を記載											
骨年齢	骨年齢：[ 未実施 ・ 実施 ]      実施日：( )年 月 日      骨年齢：( )歳 月 骨年齢評価法：[ 日本人標準化TW2(RUS)法 ・ GP ・ その他 ]										
遺伝学的検査	遺伝子検査：[ 未実施 ・ 実施 ]      実施日：( )年 月 日 所見：( )										
医療機関・医師署名											
上記の通り診断します。											
医療機関名 医療機関住所				記載年月日 年 月 日 診療科 医師名 小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )							