

告示番号		43		内分泌疾患		()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉		1/2	
病名		7 インスリン様成長因子1 (IGF-1) 不応症								受付種別		<input type="checkbox"/> 新規	
受給者番号				受診日		年 月 日							
ふりがな 氏名 (Alphabet)						(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (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			
出生体重		g		出生週数		在胎 週 日		出生時に住民登録をした所		() 都道府県 () 市区町村			
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			
発病時期		年 月 頃		初診日		年 月 日							
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 ()											
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 (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													
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											
身体所見		身長 (出生時)：()cm											
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)：()									
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
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]									
		その他		症状 (その他)：()									
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													
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											
血液検査		IGF-1 (ノマトメジン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)：()											
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											

受給者番号() 患者氏名()

告示番号	43	内分泌疾患（ ） 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書（新規申請用）										2/2
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：（ ）											
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								
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						(印)
						医師名						(印)
						小児慢性特定疾病 指定医番号（ ）						