

A () 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	悪性新生物 (共通)					
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
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	実施日 : ()年 ()月 ()日	身長SD : ()SD	年間身長増加率 ()cm/年	体重 (直近) : ()kg	実施日 : ()年 ()月 ()日
			体重SD : ()SD			
身体所見 (1年前)	身長 (1年前) : ()cm	実施日 : ()年 ()月 ()日	身長SD : ()SD	年間身長増加率 ()cm/年	体重 (1年前) : ()kg	実施日 : ()年 ()月 ()日
			体重SD : ()SD			
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 : () μ IU/mL	free T ₃ : () pg/mL	free T ₄ : () 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					
負荷試験	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					
負荷試験	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					
	骨年齢評価法 : [日本人標準化TW2(RUS)法 ・ GP ・ その他]					
骨年齢	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					
	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				記載年月日	年	月
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 ()		

B		() 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	慢性腎疾患 (共通)						
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 (申請時) ※直近の状況を記載							
身体所見 (申請時)	身長 (直近) : ()cm	実施日 : ()年	()月	()日	身長SD : ()SD	年間身長増加率 : ()cm/年	
※直近の状況を記載	体重 (直近) : ()kg	実施日 : ()年	()月	()日	体重SD : ()SD		
身体所見 (1年前)	身長 (1年前) : ()cm	実施日 : ()年	()月	()日	身長SD : ()SD	年間身長増加率 : ()cm/年	
	体重 (1年前) : ()kg	実施日 : ()年	()月	()日	体重SD : ()SD		
2年前	身長 (2年前) : ()cm	実施日 : ()年	()月	()日	身長SD : ()SD		
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載							
血液検査	血清クレアチニン : ()mg/dL	実施日 : ()年	()月	()日			
骨年齢	骨年齢 : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年	()月	()日	骨年齢 : ()歳	()か月	
	骨年齢評価法 : [日本人標準化TW2(RUS)法 ・ GP ・ その他]						
経過 (申請時) ※直近の状況を記載							
治療	保存療法 : [未実施 ・ 実施]						
血液浄化	腹膜透析 (慢性透析) : [未実施 ・ 実施]			血液透析 (慢性透析) : [未実施 ・ 実施]			
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	
医療機関住所					日		
				診療科			
				医師名			
				小児慢性特定疾病 指定医番号	()		

C1		() 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： 先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	実施日 : ()年	()月	()日	身長SD : ()SD	年間身長増加率 ()cm/年	体重 (直近) : ()kg	実施日 : ()年	()月	()日	体重SD : ()SD	
身体所見 (1年前)	身長 (1年前) : ()cm	実施日 : ()年	()月	()日	身長SD : ()SD	年間身長増加率 ()cm/年	体重 (1年前) : ()kg	実施日 : ()年	()月	()日	体重SD : ()SD	
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 ₃ : ()pg/mL	free T ₄ : ()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	骨年齢評価法 : [日本人標準化TW2(RUS)法 ・ GP ・ その他]	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	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							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 ()					

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)	身長 (直近) : () cm	実施日 : () 年 月 日	身長SD : () SD	年間身長増加率 () cm/年		
※直近の状況を記載	体重 (直近) : () kg	実施日 : () 年 月 日	体重SD : () SD			
身体所見 (1年前)	身長 (1年前) : () cm	実施日 : () 年 月 日	身長SD : () SD	年間身長増加率 () cm/年		
	体重 (1年前) : () kg	実施日 : () 年 月 日	体重SD : () SD			
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 : () μ IU/mL	free T ₃ : () pg/mL	free T ₄ : () 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 か月)			
	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			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	()		

C3		() 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：成長ホルモン分泌不全性低身長症 (脳の器質的原因によるものに限る。)					
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 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：() μ IU/mL	free T ₃ ：()pg/mL	free T ₄ ：()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 骨年齢評価法：[日本人標準化TW2(RUS)法 ・ GP ・ その他]		骨年齢：()歳 ()月 ()日			
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			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	()		

C4		() 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：成長ホルモン分泌不全性低身長症 (脳の器質的原因によるものを除く。)					
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	実施日：()年 ()月 ()日	身長SD：()SD	年間身長増加率 ()cm/年		
	体重 (直近)：()kg	実施日：()年 ()月 ()日	体重SD：()SD			
身体所見 (1年前)	身長 (1年前)：()cm	実施日：()年 ()月 ()日	身長SD：()SD	年間身長増加率 ()cm/年		
	体重 (1年前)：()kg	実施日：()年 ()月 ()日	体重SD：()SD			
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 ₃ ：()pg/mL	free T ₄ ：()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 ()か月 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				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 ()		

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	実施日 : ()年	()月	()日	身長SD : ()SD	年間身長増加率 ()cm/年	体重 (直近) : ()kg	実施日 : ()年	()月	()日	体重SD : ()SD
身体所見 (1年前)	身長 (1年前) : ()cm	実施日 : ()年	()月	()日	身長SD : ()SD	年間身長増加率 ()cm/年	体重 (1年前) : ()kg	実施日 : ()年	()月	()日	体重SD : ()SD
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 ()						

C6		() 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： プラダー・ウィリ (Prader-Willi) 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	実施日：()年	()月	()日	身長SD：()SD 年間身長増加率 ()cm/年	
	体重 (直近)：()kg	実施日：()年	()月	()日	体重SD：()SD	
	肥満度 (性別身長別標準体重による：伊藤式)：()%				肥満度 (性別年齢別身長別標準体重による：村田式)：()%	
身体所見 (1年前)	身長 (1年前)：()cm	実施日：()年	()月	()日	身長SD：()SD 年間身長増加率 ()cm/年	
	体重 (1年前)：()kg	実施日：()年	()月	()日	体重SD：()SD	
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) 所見 (15q11-13領域)：[欠失 ・ 片親性ダイソミー ・ 刷り込み変異 ・ 染色体転座 ・ 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) 所見 (15q11-13領域)：[欠失 ・ 片親性ダイソミー ・ 刷り込み変異 ・ 染色体転座 ・ 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 ()		

C7		() 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： ノーナン (Noonan) 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	実施日 : ()年	()月	()日	身長SD : ()SD	年間身長増加率 ()cm/年	体重 (直近) : ()kg	実施日 : ()年	()月	()日	体重SD : ()SD
身体所見 (1年前)	身長 (1年前) : ()cm	実施日 : ()年	()月	()日	身長SD : ()SD	年間身長増加率 ()cm/年	体重 (1年前) : ()kg	実施日 : ()年	()月	()日	体重SD : ()SD
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	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										
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				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 ()							

D1		() 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	骨系統疾患： 軟骨無形成症								
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 (申請時) ※直近の状況を記載									
身体所見 (申請時)	身長 (直近) : ()cm	実施日 : ()年	()月	()日	身長SD : ()SD	年間身長増加率 : ()cm/年			
※直近の状況を記載	体重 (直近) : ()kg	実施日 : ()年	()月	()日	体重SD : ()SD				
身体所見 (1年前)	身長 (1年前) : ()cm	実施日 : ()年	()月	()日	身長SD : ()SD	年間身長増加率 : ()cm/年			
	体重 (1年前) : ()kg	実施日 : ()年	()月	()日	体重SD : ()SD				
2年前	身長 (2年前) : ()cm	実施日 : ()年	()月	()日	身長SD : ()SD				
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 ()				

D2		() 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	骨系統疾患： 軟骨低形成症								
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 (申請時) ※直近の状況を記載									
身体所見 (申請時)	身長 (直近) : ()cm	実施日 : ()年	()月	()日	身長SD : ()SD	年間身長増加率 : ()cm/年			
※直近の状況を記載	体重 (直近) : ()kg	実施日 : ()年	()月	()日	体重SD : ()SD				
身体所見 (1年前)	身長 (1年前) : ()cm	実施日 : ()年	()月	()日	身長SD : ()SD	年間身長増加率 : ()cm/年			
	体重 (1年前) : ()kg	実施日 : ()年	()月	()日	体重SD : ()SD				
2年前	身長 (2年前) : ()cm	実施日 : ()年	()月	()日	身長SD : ()SD				
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 ()				