

C6		() 年度 小児慢性特定疾病 成長ホルモン治療用意見書〈継続申請用〉				
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（申請時） ※直近の状況を記載						
	開始時	約1年前	約半年前	最近		
測定年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日		
身長	cm ()SD	cm ()SD	cm ()SD	cm ()SD		
体重	kg ()SD	kg ()SD	kg ()SD	kg ()SD		
治療開始前1年間の 年間身長増加率	cm/年					
肥満度（性別身長別標準 体重による）				%		
肥満度（性別年齢別身長 別標準体重による）				%		
二次性徴	(なし ・ あり)	(なし ・ あり)	(なし ・ あり)	(なし ・ あり)		
成長ホルモン投与量 (mg/kg/週)						
併用薬① (薬剤名、投与量)						
併用薬② (薬剤名、投与量)						
併用薬③ (薬剤名、投与量)						
併用薬④ (薬剤名、投与量)						
併用薬⑤ (薬剤名、投与量)						
経過（申請時） ※直近の状況を記載						
薬物療法	成長ホルモン治療：治療効果：[著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 判定不能]					
有害事象	有害事象（成長ホルモン治療と関連あり）：[なし ・ あり] 詳細：()					
	有害事象（成長ホルモン治療以外）：[なし ・ あり] 詳細：()					
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 ()				