

A () 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	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 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			
骨年齢 (測定日)				歳 か月
				年 月 日
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 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 ()
-----------------	---

B () 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	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
					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			
血清クレアチニン (測定日)				mg/dL 年 月 日
骨年齢 (測定日)				歳 か月 年 月 日
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 ()			

C1 () 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： 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 (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			
骨年齢 (測定日)				歳 か月
				年 月 日
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 ()			

C2 () 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： 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（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			
骨年齢 (測定日)				歳 か月
				年 月 日
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 ()			

C3 () 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：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 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			
骨年齢 (測定日)				歳 か月
				年 月 日
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 ()			

C4 () 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：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（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			
骨年齢 (測定日)				歳 か月
				年 月 日
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 ()	

C5 () 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：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（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			
骨年齢 (測定日)				歳 か月
				年 月 日
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 ()			

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 ()	

C7 () 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： 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 (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			
骨年齢 (測定日)				歳 か月
				年 月 日
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 ()	

D1 () 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	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

	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			
骨年齢 (測定日)				歳 か月
				年 月 日
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 ()			

D2 () 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	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

	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			
骨年齢 (測定日)				歳 か月
				年 月 日
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 ()			