

小児慢性特定疾患医療意見書用
成長ホルモン治療用意見書(初回)

受給者番号()									
氏名		性別	男 ・ 女	生年月日	平成 年 月 日	暦年齢	歳 ヶ月		
身長	cm	体重	Kg	(身長SDスコア SD)(平成 年 月 日測定)		骨年齢	歳 ヶ月		
1年前の身長		cm	(平成 年 月 日測定)	成長率	cm/年	症候性低血糖	有 無		
2年前の身長		cm	(平成 年 月 日測定)	成長率	cm/年	二次性徴	有 無		

1. 成長ホルモン分泌不全性低身長症

GH <small>注1)</small>	負荷名				夜間	0m		60m		120m		180m	
	GH頂値	ng/ml	ng/ml	ng/ml	GH	20m		80m		140m			
尿中GH(pg/mgCr)					(ng/ml)	40m		100m		160m		平均	
IGF-I(ソマトメジンC)		ng/ml	IGFBP-3		μ g/ml	GH キット <small>注2)</small>	1. リコンビナントGHを標準品としているキット 上記以外のキット: 2. 第一ラジオIRMA 3. 栄研IRMA 4. 東ソーIEMA 5. その他()						
出生胎位	1頭位 2骨盤位 3帝切 4その他 5不明				新生児	程度	1 軽 2 中 3 重 4 不明						
新生児仮死	1 有 2 無 3 不明				黄疸	遷延	1 有 2 無 3 不明						
甲状腺機能	T4	μ g/dl	freeT4		ng/dl	脳の器質的疾患・画像診断の異常						1 有 2 無	
	T3	ng/ml	TSH		μ U/ml	1 特発性 2 続発性 ()							

2. ターナー症候群 核型 : (1) 45,X、(2) 46,X,i(Xq)、(3) 45,X/46,X,i(Xq)、(4) 45,X/46,XX、(5) 45,X/46,X,r(X)、
(6) その他()

3. プラダーウィリー症候群 染色体15q11-13領域 : (1) 欠失、(2) DNAメチル化異常、(3)、染色体転座、
(4) その他()

4. 軟骨無形成症

	脳外科医 ・ 整形外科医の診断及びコメント		手術の必要性
大孔狭窄	無 ・ 有()		無 ・ 有
脊椎管狭窄	無 ・ 有()		無 ・ 有
水頭症	無 ・ 有()		無 ・ 有
脊髄・馬尾圧迫	無 ・ 有()		無 ・ 有
神経障害	無 ・ 有()		無 ・ 有
MRI・CTの所見	無 ・ 有()		遺伝子診断(平成 年 月)
その他	無 ・ 有()		有() ・ 無

5. 低身長を伴う慢性腎不全

治療期	1 保存療法	腎機能検査 (平成 年 月 日 ~平成 年 月 日) (年 月)	Ccr	ml/min/1.73m ²
	2 透析療法 1) 腹膜透析療法 2) 血液透析療法 (平成 年 月 日 ~平成 年 月 日)		算定法	1) 24時間Ccr 2) 2時間Ccr 3) 血清クレアチニン値換算
			血清クレアチニン	mg/ BUN mg/dl

注1) 負荷試験は空腹下で検査すること。実施した負荷試験の結果はすべて記入すること。また、各々の負荷試験の結果は、負荷前も含め最も高かったGH値を記入すること。申請日よりさかのぼって2年以内に実施した負荷試験のみ有効とする。
注2) GHキットの種類を確認し、リコンビナントGHを標準品としているキットによる測定値の際は、GH頂値6ng/ml以下等を確認する。