**ヒト成長ホルモン治療成績・中止・再開・転院報告書**

提出用

(様式3)

いずれかに○をつけて下さい。→　　　　[ ] 成績　　・　[ ] 中止　・　[ ] 再開　・　[ ] 転院

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 依頼日 | 　     年　     月　     日 |  | フリガナ |       |
| 施設名 |       | 科名　　     　　科 |  | 主治医名 | 　　　　　      | ㊞ |
|  | 〒      |  |  |  |
| 所在地 |       |  | 電　話 |      　（　     　）     　　 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ※主治医名、患者名には必ずフリガナをつけて下さい。登録番号も必ずご記入下さい。 | 登録番号 |       |
| 疾患名 | [ ] 1. 成長ホルモン分泌不全性低身長症　　[ ] 2. Turner症候群　　[ ] 3. Prader－Willi症候群　　[ ] 4. SGA性低身長症 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |       | 貴院カルテNo. | 性　別 | 生年月日 | 　     年　     月　     日生 |
| 患者名 |       |       | [ ] 1.男　[ ] 2.女 | 暦年齢 | 　　     歳　　     ヵ月 |
| 過去一年間のヒト成長ホルモン治療 | 効果 | [ ] 1.有　　[ ] 2.有と思う　　[ ] 3.判定不能　　[ ] 4.無と思う　　[ ] 5.無 | 糖尿病発症 | [ ] 1.有　　[ ] 2.無 |
| 有害事象 | この治療期間中に現れた、または判明した有害事象（GH治療との関連があってもなくても）　　　[ ] 1.有（[ ] 軽　・　[ ] 重　・　[ ] 重篤）　　　[ ] 2.無有の場合は、その内容　　　　主として検査値の異常：HbＡ1C（     ％）　AST（     U/I）　ALT（     U/I）　その他　　　　その他の有害事象：      |
| 投与方法 | 薬　剤　名 | 期　　　　間（過去1年以内） | 投与量 | 投与回数 |
| [ ] 　ジェノトロピン[ ] 　ノルディトロピン[ ] 　ヒューマトロープ[ ] 　グロウジェクト[ ] 　サイゼン[ ] 　ソマトロピンBS「サンド」 | 　     年　     月　     日から　　　　　　     年　     月　     日まで |      　　mg/週 |      　　回／週 |
| 　     年　     月　     日から　　　　　　     年　     月　     日まで |      　　mg/週 |      　　回／週 |

**治 療 経 過**（この欄は効果があるかどうかの判定に用いますので、必ずご記入下さい。）

|  |
| --- |
| 治療開始前1年間の身長増加　（     ．     ）cm／年　（治療2年目以降は記入不要） |
| 治療 | 開始日 | 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 |      ．     cm |      ．     cm |      ．     cm |
| 体重 |      ．     kg |      ．     kg |      ．     kg |      ．     kg |
| 二次性徴 | [ ] 有　・　[ ] 無 | [ ] 有　・　[ ] 無 | [ ] 有　・　[ ] 無 | [ ] 有　・　[ ] 無 |
| 併用治療(有の場合、薬剤名、投与量など記載して下さい) | [ ] 有　・　[ ] 無 | [ ] 有　・　[ ] 無 | [ ] 有　・　[ ] 無 | [ ] 有　・　[ ] 無 |
| 最近の骨年齢 |      歳     ヵ月（[ ] 1.日本人TW2法　[ ] 2.G-P法　[ ] 3.TW2原法　[ ] 4.自動）（     年     月     日撮影） | 中止の理由[ ] 1.公費打ち切り[ ] 2.本人・家族の希望[ ] 3.骨端線閉鎖[ ] 4.未治療[ ] 5.その他（     ） |
| 治療状況 | 治療継続を　[ ] 1.希望する　　　　治療を　[ ] 1.中止した　（     年     月     日）　　　　　　[ ] 2.希望しない　　　　　　　[ ] 2.再開した　（     年     月     日） |
| データを学問的に用いることについての同意\*1 | [ ] 1.有　・　[ ] 2.無 |

＊1　成長科学協会の同意書（様式10）をご使用下さい。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 転院先 | 施設名　診療科 | 　     　病院　　　     　科　　　     　先生 |
| 所在地 | 〒     　      | 電話　　     　（     ）      |

**事務局記入欄**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受付日受付番号回答日継続基準判定結果新登録番号 | 　　　　　　　　　年　　　　　　　月　　　　　　日No.　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　　　　　月　　　　　　日　　　　　　　　　　＋　　　　　－　　　　　　　　No.　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | 最近の身長測定時の暦年齢身長SDスコア成長率／肥満度の推移備　考 | 　　　　　　　　　　歳　　　　　　　　ヵ月　　　　　　　－　　　　　　．　　　　　SD　　　　　．　　　 cm／年　　　　　％／年　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 送付先　〒113-0033　東京都文京区本郷5-1-16　VORT本郷公益財団法人　成長科学協会　治療適応判定委員会 | TEL．03-5805-5370　FAX．03-5805-53712012年10月1日改訂 |