

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	印
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われた、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: HbA _{1c} (%) 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				
		<input type="checkbox"/> ジェノトロピン <input type="checkbox"/> ノルデイトロピン <input type="checkbox"/> ヒューマトロープ <input type="checkbox"/> グロウジェクト <input type="checkbox"/> サイゼン <input type="checkbox"/> 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
治療状況	治療継続を 1. 希望する 2. 希望しない			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 ()
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	年 月 日	最近の身長測定時の暦年齢	歳 ヵ月
受付番号	No.	身長SDスコア	- . SD
回答日	年 月 日	成長率/肥満度の推移	. cm/年 %/年
継続基準判定結果	+ -	備考	
新登録番号	No.		