

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。

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	カ月	
過去二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				
	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: 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	
		<input type="checkbox"/> ノルデイトロピン	年 月 日から 年 月 日まで	mg/週	回/週	
		<input type="checkbox"/> ヒューマトロープ	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
併用薬 (薬剤名・投与量など)	有・無	有・無	有・無	有・無
最近のアームスパン	・ cm (年 月 日計測)	最近の下肢長	左 ・ cm 右 ・ cm (年 月 日計測)	
最近の骨年齢	歳 カ月 (1. 日本人標準TW2法 2. G-P法 3. TW2原法) (年 月 日撮影)			
治療状況	治療継続を 1. 希望する 2. 希望しない		治療を 1. 中止した (年 月 日) 2. 再開した (年 月 日)	
	脳外科医・整形外科医の診断及びコメント		手術的治療の必要性	希望無・中止の理由
大孔狭窄	有・無 ()		有・無	
脊柱管狭窄	有・無 ()		有・無	
水頭症	有・無 ()		有・無	
脊髄・馬尾圧迫	有・無 ()		有・無	
神経障害	有・無 ()		有・無	
MRI・CTの所見	有・無 ()		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 カ月
受付番号	No.	身長SDスコア	- . SD
回答日	年 月 日	成長率	. cm/年
継続基準判定結果	+ -	備考	
新登録番号	No.		