**ヒト成長ホルモン治療適応判定依頼書**

提出用

(様式7)

**（骨端線閉鎖を伴わない小児慢性腎不全における低身長）**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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。「記入の手引」をご参照の上、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　　     ヵ月 | | |
| 身　長　　     ．     ｃｍ、　体　重　     　．     kg（　     年　     月　     日計測） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 二次性徴 | | １.有　２.無 |
| 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） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 出生時体重 | | g | 出生時身長 | ．     cm | | | | 在胎週数 | | | 週 | | | | 父の身長 | | ．     cm | | | | 母の身長 | ．     cm |
| 過去  2年間の  身長 | | 年   月   日 | | | .　     cm | | | | １年間の増加 | | | | | 原因疾患 | | 1.腎低形成・異形成  2.慢性糸球体腎炎  3.巣状分節性糸球体硬化症  4.急速進行性糸球体腎炎  5.アルポート症候群  6.先天性ネフローゼ  7.逆流性腎症  8.その他（     ） | | | | | | |
| 年   月   日 | | | .　     cm | | | | .　     cm/年 | | | | |
| 年   月   日 | | | .　     cm | | | | .　     cm/年 | | | | |
| 治療期 | | 1.保存療法  2.透析療法　　1）腹膜透析療法 　2）血液透析療法  （　     年     月     日　～　     年     月     日） | | | | | | | | | | | |
| 腎機能検査  (   年   月) | | 1. 血清クレアチニン＊3  ≧性別年齢別基準値(中央値)×1.5＊1 | | | | | 2.　推算糸球体濾過量 eGFR  ＜75ml/min/1.73m2 | | | | | | | 治療歴 | | 1．併用薬  　　　1）ステロイド（有　・　無）  　　　　　薬剤名　  　　　　　投与量　     　mg／日・隔日  　　　2）免疫抑制剤・その他　  　2．腎移植治療歴　（有　・　無）  　　　（　     年     月施行） | | | | | | |
| eGFR算定法  1）クレアチニンによる（eGFR = 110.2×(Cr基準値＊1 / 患者Cr) + 2.93  2）シスタチンCによる（eGFR = 104.1 / CysC(mg/l) －7.80） | | | | | | | | | | | |
| 血清クレアチニン | | | | mg/dl | | | | | | | |
| 血清シスタチンＣ | | | | mg/L | | | | | | | |
| 成長ホルモン投与開始日（     年     月     日） | | | | | | | | | | ＰＤ導入日（     年     月     日） | | | | | | | | | HD導入日（     年     月     日） | | | |
| 共存疾患 | 1．糖尿病　（有　・　無）  　2．肥　満　（有　・　無）  　3．腫　瘍　（有　・　無）  　　（     ）  　　　手術　（有　・　無）（有の時     年     月）  　4．甲状腺疾患　（有　・　無）  　5．奇形・奇形症候群　（有　・　無）  　　（     ）  　6．免疫不全　（有　・　無）  　　（     ）  　7．精神遅滞　（有　・　無）  　　（     ）  　8．その他  　　（      ） | | | | | | | | | | | 参考資料・検査 | | | 1．白血球数（     ／mm3）  　　　St.（     ％）　Seg.（     ％）　Lym.（     ％）  　　　Baso.（     ％）　Eos.（     ％）　Mon.（     ％）  　　　その他（     ）（     ％）  赤血球数（     ×104/mm3）　Hb（     g/dl）  血小板数（     ×104/mm3）　Hct（     ％）  　2．TP（     g/dl）　Alb（     g/dl）　Al-P（     IU/l）  　　　Na/K/Cl（     ／     ／     mEq/l）  　　　Ca/P（     ／     mg/dl）　AST/ALT（     ／     IU/l）  　　　HbA1C（     ％）  　3．甲状腺機能  　　　freeT4値（     ng/dl）　freeT3値（     pg/ml）  　　　TSH値（     μU/ml）  　4．IGF-I（     ng/ml） | | | | | | | |
| データを学問的に用いることについての同意＊2 | | | | | | | | | | | | 1.有　　　2.無 | | | | | | | | | | |

＊1　「小児慢性腎不全性低身長症のヒト成長ホルモン治療開始時の適応基準」をご参照下さい。

＊2　成長科学協会の同意書（様式10）をご使用下さい。

＊3　18歳以上は成人の推定式を使用。

**事務局記入欄**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 受付日  受付番号  回答日  最終判定結果  登録番号 | 年　　　　　　月　　　　　　日  No.  　　　　　　　　 年　　　　　　月　　　　　　日  　　　　　　 　　＋　　　　　　－  No. | 身長測定時の暦年齢  身長SDスコア  1年前の成長速度SDスコア（暦・骨）  2年前の成長速度SDスコア（暦・骨）  備　考 | | 歳　　　　　ヵ月  　　　　－　　　　　．　　　　　SD  　　　　－　　　　　．　　　　　SD  　　　　－　　　　　．　　　　　SD |
| 送付先　〒113-0033　東京都文京区本郷5-1-16　VORT本郷8F 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．03-5805-5371  2021年4月1日改訂 | |