

# ヒト成長ホルモン治療適応判定依頼書

新規

(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 平成 年 月 日

フリガナ	
主治医名	

施設名 科名 科

〒

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	年 月 日	年 月 日	1年間の増加	原因疾患
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)			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( )	
腎機能検査 ( 年 月)	<input type="checkbox"/> 1. 血清クレアチニン ≥ 性別別年齢別基準値(中央値)×1.5 <sup>*1</sup>		<input type="checkbox"/> 2. 推算糸球体濾過量 eGFR < 75ml/min/1.73 m <sup>2</sup>		
	eGFR 算定法 <input type="checkbox"/> 1) クレアチニンによる (eGFR=1102×(Cr 基準値 <sup>*1</sup> /患者 Cr)×2.93) <input type="checkbox"/> 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/dl		
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)				参考資料 検査
	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 ( )					
データを学問的に用いることについての同意 <sup>*2</sup>			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。

事務局記入欄

受付日	平成 年 月 日	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	平成 年 月 日	1年前の成長速度 SD スコア	- . _____ SD
最終判定結果	_____ + _____ -	2年前の成長速度 SD スコア	- . _____ SD
登録番号	No. _____	備考	_____