

(骨端線閉鎖を伴わない小児慢性腎不全における低身長)

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
施設名 科名 科
所在地 〒 電話 ()
フリガナ
主治医名

※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。

治療期間 1. 6ヵ月*1 2. 1年以降
登録番号
フリガナ
患者名
貴院カルテNo.
性別 1.男 2.女
生年月日 年 月 日生
暦年齢 歳 ヲ月
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
□ジェノトロピン
年 月 日から 年 月 日まで mg/週 回/週
□ソマトロピンBS「サンド」
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。)

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)
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 GH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
腎機能 Ccr ml/min/1.73m2 ml/min/1.73m2 ml/min/1.73m2 ml/min/1.73m2
血清クレアチニン mg/dl mg/dl mg/dl mg/dl
BUN mg/dl mg/dl mg/dl mg/dl
併用薬 (薬剤名・投与量など) () () () ()
開始時の骨年齢 歳 ヲ月 (1.日本人TW2法 2.G-P法 3.TW2原法 4.自動) (年 月 日撮影)
最近の骨年齢 歳 ヲ月 (1.日本人TW2法 2.G-P法 3.TW2原法 4.自動) (年 月 日撮影)
治療状況 治療継続 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)
投与量の増量 0.35mg/kg/週への増量を 1.希望する 2.希望しない
移植の予定 1.あり(年 月頃) 2.なし
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

※治療開始後6ヵ月で予測治療効果基準に満たないときは0.35mg/kg/週への増量が可能ですのでご注意ください。

*1 治療期間が6ヵ月の場合、治療経過欄の「開始日」および「最近」の2項目にご記入下さい。

*2 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
受付番号 No.
回答日 年 月 日
継続基準判定結果 + -
新登録番号 No.
投与量の増量判定結果 + -
最近の身長測定時の暦年齢 歳 ヲ月
身長SDスコア . SD
成長率 . cm/年
備考