

ヒト成長ホルモン治療適応判定依頼書

提出用

(骨端線閉鎖を伴わないPrader-Willi症候群における低身長)

依頼日	年	月	日	フリガナ	
施設名	科名	科		主治医名	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。「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)	肥満度* 1</td <td colspan="2">%</td>	%	
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)			
過去2年間の身長と体重	年 月 日	cm	1年間の増加	kg	肥満度	%	1年間の増加
	年 月 日	cm	cm/年	kg	肥満度	%	%/年
	年 月 日	cm	cm/年	kg	肥満度	%	%/年
診断 Prader-Willi 症候群				上気道閉塞または睡眠時無呼吸 (有・無)			
染色体 15q11-13 領域*2 1.欠失(G分染法、高精度分染法、FISH法、その他) () 2. DNAメチル化異常 (DNAメチル化試験、その他) () 3.染色体転座 () 4.その他 ()				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.心・大動脈疾患 (有・無・不明) () 6.腎・尿路奇形 (有・無・不明) () 7.免疫不全(有・無・不明)・奇形症候群(有・無・不明) () 8.精神運動発達遅滞 (有・無・不明) () 9.性腺機能不全(有・無・不明)(中枢性、原発性) () 10.二次性徴早発(陰茎、睾丸、乳房、陰毛) () 11.筋緊張低下(新生児・乳児期;有・無・不明) () 12.哺乳障害(新生児・乳児期;有・無・不明) () 13.過食(有・無・不明) () 14.特異顔貌(有・無・不明) () 15.低色素症(有・無・不明) () 16.行動障害(有・無・不明) () 17.その他() ()			
父の身長	cm	母の身長	cm	共存疾患及び徴候			
出生時体重	g	出生時身長	cm		在胎週数 週		
出生胎位	1.頭位 2.骨盤位 3.帝王切 4.その他 5.不明						
新生児仮死	1.有 2.無 3.不明						
新生児黄疸	程度	1.軽 2.中 3.重 4.不明					
	遷延	1.有 2.無 3.不明					
参考資料・検査							
1.白血球数(/mm ³) St.(%) Seg.(%) Lym.(%) Baso.(%) Eos.(%) Mon.(%) その他()(%) 赤血球数(× 10 ⁴ /mm ³) Hb(g/dl) 血小板数(× 10 ⁴ /mm ³)							
2.甲状腺機能 T ₄ 値(μg/dl) freeT ₄ 値(ng/dl) T ₃ 値(ng/ml) TSH値(μU/ml)							
3.IGF-I(ng/ml)またはIGFBP-3(μg/ml)							
4.知能指数(IQ)(検査名 IQ)							
5.HbA _{1c} (%)							
6.Tchol(mg/dl) GOT(U/l) GPT(U/l)							
7.その他							
データを学問的に用いることについての同意*3				1.有 2.無			

*1 身長70cm以上については平成12年度学校保健統計調査報告書より求めた身長別50パーセンタイル体重を標準体重とする。ただし身長70cm未満については2000年度版の身長に対する平均体重を標準体重とする。
 *2 染色体分析の結果のコピーを添付して下さい。
 *3 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	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/肥満度	— . SD %
回答日	年 月 日	1年前の成長速度SDS(暦・骨)/肥満度	— . SD %
最終判定結果	+ -	2年前の成長速度SDS(暦・骨)/肥満度	— . SD %
登録番号	No.	備考	