**ヒト成長ホルモン治療適応判定依頼書**

提出用

(様式12)

**（骨端線閉鎖を伴わないＳＧＡ性低身長症）**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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） |
| 過去2年間の身長 | 　 　年   月   日 |      .　     cm | １年間の増加 | 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　・　[ ] 不明）　　（     ）　7．精神発達遅滞　（[ ] 有　・　[ ] 無）　　（     ）　8．その他　　（     ） |
| 　 　年   月   日 |      .　     cm |      .　     cm/年 |
| 　 　年   月   日 |      .　     cm |      .　     cm/年 |
| GH分泌刺激試験＊1 | GHキット名または委託検査会社名 |
| 負荷試験名 | GH頂値（補正値） | [ ] 1．エクルーシス試薬ｈGH[ ] 2．シーメンス・イムライズGHⅡ（2000）[ ] 3．Eテスト「TOSOH」Ⅱ（HGH）[ ] 4．アクセスｈGH[ ] 5．その他（　     　）委託検査会社名（　     　　　　）　 |
| 1.インスリン |     ng/ml（　　） |
| 2.アルギニン |     ng/ml（　　） |
| 3.グルカゴン |     ng/ml（　　） |
| 4.L-DOPA |     ng/ml（　　） |
| 5.クロニジン |     ng/ml（　　） |
| 6.ＧＨＲＰ-2 |     ng/ml（　　） |
| IGF-I＊2（ソマトメジンC） |      ng/ml |
| 父の身長 |      .　    cm | 母の身長 |      .　    cm | 治　療　歴 | 　1．頭頸部照射治療歴　（[ ] 有　・[ ] 無）　　（照射量　　　　　　　　　　　　　　）　　（     年     月終了）　2．薬物治療（薬剤名　     　投与量　     ）　　（投与期間　     年     月～　     年     月）　3．その他（     ） |
| 出生時体重 |      g | 出生時身長 |     .　    cm |
| 在胎週数 |      週　     日 | 母の出産歴 | [ ] 1.初産　[ ] 2.経産 |
| 出生胎位 | [ ] 1.頭位　[ ] 2.骨盤位　[ ] 3.帝切　[ ] 4.その他　[ ] 5.不明 |
| 新生児仮死 | [ ] 1.有　[ ] 2.無　[ ] 3.不明 | 参考資料・検査 | 　1．染色体検査　（[ ] 有　・　[ ] 無）（     ）　2．甲状腺シンチ　（[ ] 有　・　[ ] 無）　3．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）　4．その他（     ） |
| 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 |
| 甲状腺機能（GH検査時） | freeT4値     ng/dl | freeT3値     pg/ml |
| TSH値　     μU/ml |  |
| 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 |

GH値の（　　）は、成長科学協会補正値用ですので記入する必要はありません。

＊1　成長ホルモン分泌刺激試験の検査結果報告書（採血時間ごとのデータすべて）のコピーを、判定依頼の裏に添付して下さい。

　　 キット名または委託検査会社名は必ずご記入下さい。施設内測定の場合には、キット名の記載をお願いします。

＊2　データがある時はご記入下さい。

＊3　成長科学協会の同意書（様式10）をなるべくご使用下さい。

**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.　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | 出生時身長出生時体重身長測定時の暦年齢身長SDスコア1年前の成長速度SDスコア備　考 | 　 ＜10＋－＜‐2ＳＤ＋－ 　　 ＜10＋－＜‐2ＳＤ＋－　 　　　　　　　歳　　　 　　　ヵ月　　　　　－　　　　．　　　 　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．03-5805-53712021年4月1日改訂 |