

# 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SGA性低身長症)

依頼日 平成 年 月 日

フリガナ	
主治医名	(印)

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 カ月	
身長	. cm、体重	. kg ( 年 月 日計測)	二次性徴	1. 有 2. 無		
骨年齢	歳 カ月 (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 年 月 日 . cm . cm/年 年 月 日 . cm . cm/年		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 ( )			
GH分泌刺激試験 <sup>*1</sup>		GHキット名または委託検査会社名				
負荷試験名	GH頂値(補正值)	1. エクルーシス試験hGH				
1. インスリン	ng/ml( )	2. シーメンス・イムライズGH II (2000)				
2. アルギニン	ng/ml( )	3. Eテスト「TOSOH」II (HGH)				
3. グルカゴン	ng/ml( )	4. アクセスhGH				
4. L-DOPA	ng/ml( )	5. その他( )				
5. クロニジン	ng/ml( )	委託検査会社名				
6. GHRP-2	ng/ml( )	( )				
IGF-I <sup>*2</sup> (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. 帝王切 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( /mm <sup>3</sup> ) St.( %) Seg.( %) Lym.( %) Baso.( %) Eos.( %) Mon.( %) その他( )( %) 赤血球数( × 10 <sup>4</sup> /mm <sup>3</sup> ) Hb ( g/dl) 血小板数( × 10 <sup>4</sup> /mm <sup>3</sup> ) 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)	T <sub>4</sub> 値 μg/dl freeT <sub>4</sub> 値 ng/dl T <sub>3</sub> 値 ng/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 <sup>*3</sup>				1. 有 2. 無		

GH値の( )は、成長科学協会補正值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	平成 年 月 日	出生時身長	<10 <sup>パーセント</sup> + - <-2SD + -
受付番号	No.	出生時体重	<10 <sup>パーセント</sup> + - <-2SD + -
回答日	平成 年 月 日	身長測定時の暦年齢	歳 カ月
最終判定結果	+ -	身長SDスコア	- . SD
登録番号	No.	1年前の成長速度SDスコア	- . SD
		備考	