**ヒト成長ホルモン治療適応判定依頼書**

提出用

(様式1)

**（骨端線閉鎖を伴わない成長ホルモン分泌不全性低身長症）**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 症候性低血糖 | １.有＊1 ２.無 |
| 過去  2年間の  身長 | 年   月   日 | | | | | .　     cm | | | | | | | | | １年間の増加 | | | | | 他ル  のモ  下ン  垂欠  体損  ホ＊３ | | 1.ＧＨ分泌不全のみ  2.他の下垂体ホルモン欠損を伴う  （該当する項目を選んで下さい）  1）ＴＳＨ欠損  2）ゴナドトロピン欠損 （推定を含む）  3）ＡＣＴＨ欠損  4）ＰＲＬ欠損  5）ＡＤＨ欠損  3.不明 | | | | |
| 年   月   日 | | | | | .　     cm | | | | | | | | | .　     cm/年 | | | | |
| 年   月   日 | | | | | .　     cm | | | | | | | | | .　     cm/年 | | | | |
| GH分泌刺激試験 ＊2 | | | | | | | | | 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 | | | | | | | | | | |
| 1.インスリン | | ng/ml（　　 　） | | | | | | | 2．シーメンス・イムライズGHⅡ（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 | | | | | | | | | | | 診　断　名 | 成長ホルモン分泌不全性低身長症の原因  1．特発性  2．続発性  　　（     ）  3．その他  　　（     ）  4．不明 | | | | |
| 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（ソマトメジンC）     ng/ml | | | | | | |  | | |  | | | | | |  | | | | 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  　　（     ） | | | | |
| 父の身長 | | .　    cm | | | 母の身長 | | | | | | | .　    cm | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 甲　状　腺　機　能  （GH検査時） | | | freeT4値     ng/dl | | | | | | | | freeT3値     pg/ml | | | | | | | | | 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（     ） | | | | |
| TSH値　     μU/ml | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| 脳の器質的疾患 | | | 1．有＊1（     　　　　　　）　　　　 　2.　無 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| データを学問的に用いることについての同意＊4 | | | | | | | | | | | | | | | | | 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　(有)の時は、別紙に症状、検査所見、画像所見などを具体的に記載して添付して下さい。

＊2　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。

＊3　欠損がある場合は、別紙にデータを添付して下さい。

＊4　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. | 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（暦・骨）  2年前の成長速度SDスコア（暦・骨）  備　考 | | 歳　　　　　　　ヵ月  　　　　　－　　　　．　　　　　SD  　　　　　－　　　　．　　　　　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．03-5805-5371  2021年4月1日改訂 | |