

(様式1)

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	
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 ヲ月
身長	. cm、体重	. kg (年 月 日計測)	二次性徴	1. 有 2. 無	
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)	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 年 月 日 . cm . cm/年 年 月 日 . cm . cm/年	他のモン 下 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		
GH分泌刺激試験*2		GHキット名または委託検査会社名	診 断 名 共 存 疾 患 治 療 歴	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	
負荷試験名	GH頂値(補正值)	1. エクルーシス試薬hGH		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)	
1. インスリン	ng/ml()	2. シーメンス・イムライズGH II (2000)		4. 甲状腺疾患(有・無) ()	
2. アルギニン	ng/ml()	3. Eテスト「TOSOH」II (HGH)		5. 奇形・奇形症候群(有・無) ()	
3. グルカゴン	ng/ml()	4. アクセスhGH		6. 免疫不全(有・無・不明) ()	
4. L-DOPA	ng/ml()	5. その他()		7. 精神発達遅滞(有・無) ()	
5. クロニジン	ng/ml()	委託検査会社名 ()		8. その他 ()	
6. GHRP-2	ng/ml()		1. 頭頸部照射治療歴(有・無) (照射量) (年 月終了)		
IGF-I (ソマトメジンC)	ng/ml		2. 薬物治療(薬剤名 投与量) (投与期間 年 月~ 年 月)		
父の身長	. cm	母の身長	. cm	3. その他()	
出生時体重	g	出生時身長	. cm	1. 有*1 () 2. 無	
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)	freeT ₄ 値	ng/dl	freeT ₃ 値	pg/ml	
	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、成長科学協会補正值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	年 月 日	身長測定時の暦年齢	歳 ヲ月
受付番号	No.	身長SDスコア	- . SD
回答日	年 月 日	1年前の成長速度SDスコア(暦・骨)	- . SD
最終判定結果	+ -	2年前の成長速度SDスコア(暦・骨)	- . SD
登録番号	No.	備考	