

(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 . 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	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			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 ()	
1. インスリン	ng/ml()	2. シーメンス・イムライズGH II (2000)	治 療 歴			1. 頭頸部照射治療歴(有・無) (照射量) (年 月終了)	
2. アルギニン	ng/ml()	3. Eテスト「TOSOH」II (HGH)				2. 薬物治療(薬剤名 投与量) (投与期間 年 月～ 年 月)	
3. グルカゴン	ng/ml()	4. AIA-パックCLhGH				3. その他()	
4. L-DOPA	ng/ml()	5. アクセスhGH					
5. クロニジン	ng/ml()	6. その他()					
6. GHRP-2	ng/ml()	委託検査会社名 ()					
IGF-I (ソマトメジンC)		ng/ml					
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					
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	

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 成長ホルモン適正使用推進委員会

TEL. 03-5805-5370 FAX. 03-5805-5371

2026年2月1日改訂