**ヒト成長ホルモン治療適応判定依頼書**

提出用

(様式2)

**（骨端線閉鎖を伴わないTurner症候群における低身長）**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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. | | | | | | 生年月日 | | 年　     月　     日生 | |
| 患者名 |  | | | | | |  | | | | | | 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．心・大動脈疾患　（有　・　無　・不明）  　　（     ）  　6．腎・尿路奇形　（有　・　無　・　不明）  　　（     ）  　7．免疫不全　（有　・　無　・　不明）  　　 奇形症候群　（有　・　無　　・　不明）  　　（     ）  　8．精神発達遅滞　（有　・　無）  　　（     ）  　9．その他  　　（     ） | | |
| 年   月   日 | | | | .　     cm | | | | .　     cm/年 | | |
| 年   月   日 | | | | .　     cm | | | | .　     cm/年 | | |
| 診断＊1　Turner症候群 | | | | | | | | | | | |
| 核型　1．45 , X  　　　2．46 , X , ｉ(Xｑ)  　　　3．45 , X / 46 , X , ｉ(Xｑ)  　　　4．45 , X / 46 , XX  　　　5．45 , X / 46 , X , ｒ(X）  　　　6．その他（     ） | | | | | | | | | | | |
| 父の身長 | | .　    cm | | | | 母の身長 | .　    cm | | | | | 治　療　歴 | | 1．放射線治療歴　（有　・無）  　　（照射量　　　　　　　　　　　　　　）  　　（     年     月終了）  　2．蛋白同化ホルモン（有　・　無）  　　（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 |
| 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．甲状腺シンチ　（有　・　無）  　2．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）  　3．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＊2 | | | | | | | | | | 1.　有　　2．無 | | | | | | |

＊1　染色体分析の結果のコピーを添付して下さい。

＊2　成長科学協会の同意書（様式10）をご使用下さい。

**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 | |