

(様式2)

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Turner症候群における低身長)

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.	生年月日	年 月 日生
患者名					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)		
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)	
	年 月 日	. cm	. cm/年		2. 肥満 (有・無)	
	年 月 日	. cm	. cm/年		3. 腫瘍 (有・無)	
診断*1 Turner 症候群				治 療 歴	4. 手術 (有・無) (有の時 年 月)	
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()					5. 甲状腺疾患 (有・無)	
					6. 心・大動脈疾患 (有・無・不明)	
				7. 腎・尿路奇形 (有・無・不明)		
父の身長 . cm 母の身長 . cm				参 考 資 料 検 査	8. 免疫不全 (有・無・不明)・奇形症候群 (有・無・不明)	
出生時体重 g 出生時身長 . cm		在胎週数 週			9. 精神発達遅滞 (有・無)	
出生胎位 1. 頭位 2. 骨盤位 3. 帝切 4. その他 5. 不明					10. その他 ()	
新生児仮死 1. 有 2. 無 3. 不明				1. 放射線治療歴 (有・無)		
新生児黄疸 程度 1. 軽 2. 中 3. 重 4. 不明				2. 蛋白同化ホルモン (有・無)		
新生児黄疸 遷延 1. 有 2. 無 3. 不明				3. その他 ()		
甲状腺機能 (GH検査時)		freeT ₄ 値 ng/dl	freeT ₃ 値 pg/ml	1. 甲状腺シンチ (有・無)		
		TSH 値 μU/ml		2. 白血球数 (/mm ³)		
データを学問的に用いることについての同意*2				3. その他 ()		
				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	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	