

いずれかに○をつけて下さい。→

成績・中止・再開・転院

依頼日 年 月 日

フリガナ
主治医名

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。登録番号も必ずご記入下さい。

登録番号

疾患名 1. 成長ホルモン分泌不全性低身長症 2. Turner症候群 3. Prader-Willi症候群 4. SGA性低身長症

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 カ月

効果 1. 有 2. 有と思う 3. 判定不能 4. 無と思う 5. 無 糖尿病発症 1. 有 2. 無

過去一年間のヒト成長ホルモン治療 有害事象 この治療期間中に現れた、または判明した有害事象 (GH治療との関連があってもなくても) 1. 有 (軽・重・重篤) 2. 無 有の場合は、その内容 主として検査値の異常: HbA1c (%) AST (U/l) ALT (U/l) その他 その他の有害事象:

投与方法 薬剤名 期間 (過去1年以内) 投与量 投与回数 年 月 日から 年 月 日まで mg/週 回/週 年 月 日から 年 月 日まで mg/週 回/週

治療経過 (この欄は効果があるかどうかの判定に用いますので、必ずご記入下さい。)

治療開始前1年間の身長増加 () cm/年 (治療2年目以降は記入不要)
治療 開始日 約1年前 約半年前 最近
測定年月日 年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日
身長 . cm . cm . cm . cm
体重 . kg . kg . kg . kg
二次性徴 有・無 有・無 有・無 有・無
併用治療 (有の場合、薬剤名、投与量など記載して下さい) 有・無 有・無 有・無 有・無
最近の骨年齢 歳 カ月 (1.日本人TW2法 2.G-P法 3.TW2原法 4.自動) (年 月 日撮影) 中止の理由
治療状況 治療継続を 1.希望する 治療を 1.中止した (年 月 日) 1.公費打ち切り
2.希望しない 2.再開した (年 月 日) 2.本人・家族の希望
3.骨端線閉鎖
データを学問的に用いることについての同意*1 1.有 2.無 4.未治療
5.その他 ()

*1 成長科学協会の同意書 (様式10) をご使用下さい。

転院先 施設名 診療科 病院 科 先生
所在地 〒 電話 ()

事務局記入欄

受付日 年 月 日 最近の身長測定時の暦年齢 歳 カ月
受付番号 No. 身長SDスコア SD
回答日 年 月 日 成長率/肥満度の推移 cm/年 %/年
継続基準判定結果 + -
新登録番号 No. 備考