

(様式 3a)

## ヒト成長ホルモン治療成績・中止・再開・転院報告書

提出用

Prader-Willi 症候群については、この様式(3a)をご利用ください。

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

施設名 科名 科

主治医名

⑧

〒

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 Prader-Willi 症候群

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	
過去一年間のヒト成長ホルモン治療	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
	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/I) ALT(U/I) その他 その他の有害事象:			重篤な呼吸器障害*2	1.有 2.無
投与方法	薬剤名	期間(過去1年以内)		投与量	投与回数	
	<input type="checkbox"/> ジェノトロピン	年 月 日から 年 月 日まで		mg/週	回/週	
	<input type="checkbox"/> ソマトロピン BS「サンド」*3	年 月 日から 年 月 日まで		mg/週	回/週	

治療経過 (体組成異常の適応では太枠線内の記入は必須でないが、貴重なデータなのでなるべく記入して下さい。)

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 ヲ月 ( 1.日本人TW2法 2.G-P法 3.TW2原法 4.自動( 年 月 日撮影)			
治療状況	治療継続を 1.希望する 2.希望しない	治療を 1.中止した ( 年 月 日) 2.再開した ( 年 月 日)	中止の理由 1.公費打ち切り 2.本人・家族の希望 3.骨端線閉鎖 4.未治療 5.その他 ( )	
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			

\*1 成長科学協会の同意書(様式10)をご使用下さい。\*2 Prader-Willi 症候群適応判定依頼書(新規)の注\*3、\*4をご参照ください。\*3 体組成異常に対する適応はありません。

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 ヲ月
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	+ -	備考	
新登録番号	No.		

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  
2024年7月1日改訂