**ヒト成長ホルモン治療適応判定依頼書**

提出用

(様式4)

**（骨端線閉鎖を伴わない軟骨異栄養症における低身長）**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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. | 性　別 | 生年月日 | 　     年　     月　     日生 |
| 患者名 |       |       | [ ] 1.男　[ ] 2.女 | 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 |
| アームスパン |      ．     ｃｍ（     年     月     日計測） | 下肢長 | 左    ．    ｃｍ　右    ．    ｃｍ（    年    月    日計測） |
| 骨年齢 |      歳     ヵ月（[ ] 1.日本人標準TW2法　[ ] 2.G-P法　[ ] 3.TW2原法）　（　     年　     月     日撮影） |
| 出生時体重 |      g | 出生時身長 |      ．     cm | 在胎週数 |      週 | 父の身長 |      ．     cm | 母の身長 |      ．     cm |
| 過去2年間の身長 | 　 　年   月   日 |      .　     cm | １年間の増加 | 遺伝子診断 |
|   　 年   月   日 |      .　     cm |      .　     cm/年 | [ ] 1.有（     ）　　[ ] 2.無 |
|      年   月   日 |      .　     cm |      .　     cm/年 | （     年     月     日診断） |
| 骨延長術の有無 | [ ] 有＊1　（実施期間：　     年     月     日　～　     年     月     日）　　骨名（     ） |
| [ ] 有＊1　（実施期間：　     年     月     日　～　     年     月     日）　　骨名（     ） |
| [ ] 有＊1　（実施期間：　     年     月     日　～　     年     月     日）　　骨名（     ） |
|  | 脳外科医・整形外科医の診断及びコメント | 手術的治療の必要性 |
| 大孔狭窄 | [ ] 有　・　[ ] 無（     ） | [ ] 有　・　[ ] 無 |
| 脊柱管狭窄 | [ ] 有　・　[ ] 無（     ） | [ ] 有　・　[ ] 無 |
| 水頭症 | [ ] 有　・　[ ] 無（     ） | [ ] 有　・　[ ] 無 |
| 脊髄・馬尾圧迫 | [ ] 有　・　[ ] 無（     ） | [ ] 有　・　[ ] 無 |
| 神経障害 | [ ] 有　・　[ ] 無（     ） | [ ] 有　・　[ ] 無 |
| MRI・CTの所見 | [ ] 有　・　[ ] 無（     ） |
| その他 | [ ] 有　・　[ ] 無（     ） |
| 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）　　（     ）　7．精神遅滞　（[ ] 有　・　[ ] 無）　　（     ） | 参考資料・検査 | 　1．白血球数（     ／mm3）　　　St.（     ％）　Seg.（     ％）　Lym.（     ％）　　　Baso.（     ％）　Eos.（     ％）　Mon.（     ％）　　　その他（     ）（     ％）　2．赤血球数（     ×104/mm3）　　 血小板数（     ×104/mm3）　3．甲状腺機能　　　freeT4値（     ng/dl）　freeT3値（     pg/ml）　　　TSH値（     μU/ml）　4．IGF-I（     ng/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　身長発育のデータを示し難い場合は、手術の経過等を別紙添付して下さい。

＊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基準判定結果登録番号 | 　　　　　　　　　 年　　　　　　月　　　　　　日No.　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　 　年　　　　　　月　　　　　　日　　　　　　　　　 ＋　 　　　　－　 　　　　　 No.　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | 身長測定時の暦年齢身長SDスコア備　考 | 　　　　　　　　歳　　　　　　ヵ月　　　　　－　　　　　　．　　　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．03-5805-53712021年4月1日改訂 |