

# 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SGA性低身長症)

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.		性別	生年月日	年 月 日生
患者名				1.男 2.女	暦年齢	歳 カ月
身長	. cm	体重	. kg	( 年 月 日計測)	二次性徴	1. 有 2. 無
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)	
過去 2年間の 身長	年 月 日 . cm	1年間の増加	. cm/年	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)	
GH分泌刺激試験 <sup>*1</sup>		GHキット名または委託検査会社名			手術 (有・無) (有の時 年 月)	
1. インスリン	ng/ml ( )	1. エクルーシス試験hGH			4. 甲状腺疾患 (有・無)	
2. アルギニン	ng/ml ( )	2. シーメス・イムライズGH II (2000)			5. 奇形・奇形症候群 (有・無)	
3. グルカゴン	ng/ml ( )	3. Eテスト「TOSOH」II (HGH)			6. 免疫不全 (有・無・不明)	
4. L-DOPA	ng/ml ( )	4. アクセスhGH			7. 精神発達遅滞 (有・無)	
5. クロニジン	ng/ml ( )	5. その他 ( )		8. その他		
6. GHRP-2	ng/ml ( )	委託検査会社名 ( )				
IGF-I <sup>*2</sup> (ソマトメジンC)		ng/ml		治療歴		
父の身長	. cm	母の身長	. cm	1. 頭頸部照射治療歴 (有・無)		(照射量 )
出生時体重	g	出生時身長	. cm	( 年 月終了)		
在胎週数	週 日	母の出産歴	1. 初産 2. 経産	2. 薬物治療(薬剤名 投与量)		(投与期間 年 月~ 年 月)
出生胎位	1. 頭位 2. 骨盤位 3. 帝王切 4. その他 5. 不明			3. その他 ( )		
新生児仮死	1. 有 2. 無 3. 不明			1. 染色体検査 (有・無) ( )		
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			2. 甲状腺シンチ (有・無)		
甲状腺機能 (GH検査時)	freeT <sub>4</sub> 値	ng/dl	freeT <sub>3</sub> 値	3. 白血球数 ( /mm <sup>3</sup> )		
	TSH値	μU/ml		St. ( %) Seg. ( %) Lym. ( %) Baso. ( %)		
データを学問的に用いることについての同意 <sup>*3</sup>				Eos. ( %) Mon. ( %) その他 ( ) ( %)		
				赤血球数 ( × 10 <sup>4</sup> /mm <sup>3</sup> ) Hb ( g/dl)		
				血小板数 ( × 10 <sup>4</sup> /mm <sup>3</sup> )		
				4. その他 ( )		
				1. 有 2. 無		

GH値の( )は、成長科学協会補正值用ですので記入する必要はありません。  
 \*1 成長ホルモン分泌刺激試験の検査結果報告書(採血時間ごとのデータすべて)のコピーを、判定依頼の裏に添付して下さい。  
 キット名または委託検査会社名は必ずご記入下さい。施設内測定の場合には、キット名の記載をお願いします。  
 \*2 データがある時はご記入下さい。  
 \*3 成長科学協会の同意書(様式10)をなるべくご使用下さい。

### 事務局記入欄

受付日	年 月 日	出生時身長	<10 <sup>パーセント</sup> + - <-2SD + -
受付番号	No.	出生時体重	<10 <sup>パーセント</sup> + - <-2SD + -
回答日	年 月 日	身長測定時の暦年齢	歳 カ月
最終判定結果	+ -	身長SDスコア	- . SD
登録番号	No.	1年前の成長速度SDスコア	- . SD
		備考	