**ヒト成長ホルモン治療適応判定依頼書**

提出用

(様式2)

**（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 |       |
| 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. | 生年月日 |      年　     月　     日生 |
| 患者名 | 　     　　 |       | 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 |
| 骨年齢 |      歳     ヵ月 （[ ] 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）　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．心・大動脈疾患　（[ ] 有　・　[ ] 無　・[ ] 不明）　　（     ）　6．腎・尿路奇形　（[ ] 有　・　[ ] 無　・　[ ] 不明）　　（     ）　7．免疫不全　（[ ] 有　・　[ ] 無　・　[ ] 不明）　　 奇形症候群　（[ ] 有　・　[ ] 無　　・　[ ] 不明）　　（     ）　8．精神発達遅滞　（[ ] 有　・　[ ] 無）　　（     ）　9．その他　　（     ） |
|      年   月   日 |      .　     cm |      .　     cm/年 |
|      年   月   日 |      .　     cm |      .　     cm/年 |
| 診断＊1　Turner症候群 |
| 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（     ） |
| 父の身長 |      .　    cm | 母の身長 |      .　    cm | 治　療　歴 | 　1．放射線治療歴　（[ ] 有　・[ ] 無）　　（照射量　　　　　　　　　　　　　　）　　（     年     月終了）　2．蛋白同化ホルモン（[ ] 有　・　[ ] 無）　　（薬剤名　     　投与量　     　）　　（投与期間　     年     月～　     年     月）　3．その他（     ） |
| 出生時体重 |      g | 出生時身長 |     .　    cm | 在胎週数 |      週 |
| 出生胎位 | [ ] 1.頭位　[ ] 2.骨盤位　[ ] 3.帝切　[ ] 4.その他　[ ] 5.不明 |
| 新生児仮死 | [ ] 1.有　[ ] 2.無　[ ] 3.不明 |
| 参考資料・検査 | 　1．甲状腺シンチ　（[ ] 有　・　[ ] 無）　2．白血球数　（     /mm3）　 St.（     ％）Seg.（     ％）Lym.（     ％）Baso.（     ％）　　 Eos.（     ％）Mon.（     ％）その他（     ）（     ％）　　 赤血球数（     ×104/mm3）Hb（     g/dl）　　 血小板数（     ×104/mm3）　3．その他（     ） |
| 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 |
| 甲状腺機能（GH検査時） | freeT4値     ng/dl | freeT3値     pg/ml |
| TSH値　     μU/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　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**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受付日受付番号回答日最終判定結果登録番号 | 　　　　　　 　　年　　　　　　　月　　　　　　日No.　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　年　　　　　　　月　　　　　　日　　　　 　　　　＋　 　　　　　－　　　　　　　No.　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | 身長測定時の暦年齢身長SDスコア1年前の成長速度SDスコア（暦・骨）2年前の成長速度SDスコア（暦・骨）備　考 | 　　　　　　歳　　　　　　　　ヵ月　　　　　－　　　　　．　　　　SD　　　　　－　　　　　．　　　　SD　　　　　－　　　　　．　　　　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 |