**ヒト成長ホルモン治療成績・中止・再開・転院報告書**

提出用

(様式3)

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 |  | ㊞ |
|  | 〒 | |  |  |  | |
| 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　　     ヵ月 | | |
| 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： | | | | | | | | |
| 投与方法 | | 薬　剤　名 | 期　　　　間（過去1年以内） | | | | 投与量 | | | 投与回数 |
| ジェノトロピン  　ノルディトロピン  　ヒューマトロープ  　グロウジェクト  　サイゼン  　ソマトロピンBS「サンド」 | 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     ヵ月（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  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（     ） |
| 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）  2.希望しない　　　　　　　2.再開した　（     年     月     日） | | | |
| 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。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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  受付番号  回答日  継続基準判定結果  新登録番号 | 年　　　　　　　月　　　　　　日  No.  　　　　　　　　　年　　　　　　　月　　　　　　日  　　　　　　　　　　＋　　　　　－  No. | 最近の身長測定時の暦年齢  身長SDスコア  成長率／肥満度の推移  備　考 | | 歳　　　　　　　　ヵ月  　　　　　　　－　　　　　　．　　　　　SD  　　　　　．　　　 cm／年　　　　　％／年 |
| 送付先　〒113-0033　東京都文京区本郷5-1-16　VORT本郷 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．03-5805-5371  2012年10月1日改訂 | |