

(様式 3)

ヒト成長ホルモン治療成績・中止・再開・転院報告書

提出用

成長ホルモン分泌不全性低身長症、Turner 症候群、SGA 性低身長症については、この様式 3 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 ㊞

〒

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. 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 カ月

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

過去一年間のヒト成長ホルモン治療
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: HbA_{1c} (%) AST (U/l) ALT (U/l) 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 年 月 日から 年 月 日まで mg/週 回/週
 ノルディトロピン
 ヒューマトロップ
 グロウジェクト
 サイゼン 年 月 日から 年 月 日まで mg/週 回/週
 ソマトロピン BS「サンド」
 エヌジェンラ

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 カ月 (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

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) 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。

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 カ月

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 TEL. 03-5805-5370 FAX. 03-5805-5371

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 2024年7月1日改訂