**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．03-5805-5371  2021年4月1日改訂 | |