**ヒト成長ホルモン治療適応判定依頼書**

提出用

(様式11)

**（骨端線閉鎖を伴わないPrader - Willi 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. | 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）、肥満度＊1　     ％ |
| 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年間の身長と体重 |      年   月   日 |      .　     cm | １年間の増加 |      ．     kg | 肥満度     ％ | １年間の増加 |
|      年   月   日 |      .　     cm |      .　     cm/年 |      ．     kg | 肥満度     ％ |      ％／年 |
|      年   月   日 |      .　     cm |      .　     cm/年 |      ．     kg | 肥満度     ％ |      ％／年 |
| 診断　Prader-Willi症候群 | 共　存　疾　患　及　び　徴　候 | 上気道閉塞または睡眠時無呼吸（[ ] 有 ・ [ ] 無） |
| 染色体15q11-13領域＊2[ ] 1．欠失（[ ] G分染法、[ ] 高精度分染法、[ ] FISH法、[ ] その他　     ）[ ] 2．DNAメチル化異常（[ ] DNAメチル化試験、[ ] その他　     ）[ ] 3．染色体転座[ ] 4．その他（     ） | 　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．精神運動発達遅滞（[ ] 有・ [ ] 無・ [ ] 不明 ）　9．性腺機能不全（[ ] 有・ [ ] 無・ [ ] 不明）（[ ] 中枢性・[ ] 原発性 ）　10．二次性徴早発（[ ] 陰茎・ [ ] 睾丸・ [ ] 乳房・ [ ] 陰毛 ）　11．筋緊張低下（新生児・乳児期；[ ] 有・ [ ] 無・ [ ] 不明）　12．哺乳障害（新生児・乳児期；[ ] 有・ [ ] 無・ [ ] 不明）　13．過食　（[ ] 有 ・ [ ] 無 ・ [ ] 不明）　14．特異顔貌　（[ ] 有 ・ [ ] 無 ・ [ ] 不明）　15．低色素症　（[ ] 有 ・ [ ] 無 ・ [ ] 不明）　16．行動障害　（[ ] 有 ・ [ ] 無 ・ [ ] 不明）　17．その他（     ） |
| 父の身長 |      .　    cm | 母の身長 |      .　    cm |
| 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 |
| 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 |
| 参考資料・検査 |
| 　1．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）　2．甲状腺機能　　　freeT4値（     ng/dl）　freeT3値（     pg/ ml）　　　TSH値（     μU/ml）　3．IGF-I（     ng/ml）　4．知能指数（IQ）（検査名　     　IQ　     ）　5．HbA1C（     ％）　6．Tchol（     mg/dl）　GOT（     U/l）　GPT（     U/l）　7．その他 |
| データを学問的に用いることについての同意＊3 | [ ] 1.　有　　[ ] 2．無 |

＊1　身長70cm以上については平成12年度学校保健統計調査報告書より求めた身長別50パーセンタイル体重を標準体重とする。ただし身長70cm未満については2000年度版の身長に対する平均体重を標準体重とする。

＊2　染色体分析の結果のコピーを添付して下さい。

＊3　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／肥満度1年前の成長速度SDS (暦・骨)／肥満度2年前の成長速度SDS (暦・骨)／肥満度備　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 |