**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．03-5805-5371  2021年4月1日改訂 | |