**ヒト成長ホルモン治療適応判定依頼書**

提出用

(様式12)

**（骨端線閉鎖を伴わないＳＧＡ性低身長症）**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |
| 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 | 年   月   日 | | | | | .　     cm | | | | | １年間の増加 | | | 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　・　不明）  　　（     ）  　7．精神発達遅滞　（有　・　無）  　　（     ）  　8．その他  　　（     ） | | | |
| 年   月   日 | | | | | .　     cm | | | | | .　     cm/年 | | |
| 年   月   日 | | | | | .　     cm | | | | | .　     cm/年 | | |
| GH分泌刺激試験＊1 | | | | | | GHキット名または委託検査会社名 | | | | | | | |
| 負荷試験名 | | | GH頂値（補正値） | | | | 1．エクルーシス試薬ｈGH  2．シーメンス・イムライズGHⅡ（2000）  3．Eテスト「TOSOH」Ⅱ（HGH）  4．アクセスｈGH  5．その他（　     　）  委託検査会社名  （　     　　　　） | | | | | | |
| 1.インスリン | | | ng/ml（　　） | | | |
| 2.アルギニン | | | ng/ml（　　） | | | |
| 3.グルカゴン | | | ng/ml（　　） | | | |
| 4.L-DOPA | | | ng/ml（　　） | | | |
| 5.クロニジン | | | ng/ml（　　） | | | |
| 6.ＧＨＲＰ-2 | | | ng/ml（　　） | | | |
| IGF-I＊2（ソマトメジンC） | | | | | ng/ml | | | | | | | | |
| 父の身長 | | .　    cm | | | | | | 母の身長 | | .　    cm | | | | 治　療　歴 | 1．頭頸部照射治療歴　（有　・無）  　　（照射量　　　　　　　　　　　　　　）  　　（     年     月終了）  　2．薬物治療（薬剤名　     　投与量　     ）  　　（投与期間　     年     月～　     年     月）  　3．その他（     ） | | | |
| 出生時体重 | | g | | | | | | 出生時身長 | | .　    cm | | | |
| 在胎週数 | | 週　     日 | | | | | | 母の出産歴 | | 1.初産　2.経産 | | | |
| 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 | | | | | | | | | | 参考資料・検査 | 1．染色体検査　（有　・　無）（     ）  　2．甲状腺シンチ　（有　・　無）  　3．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）  　4．その他（     ） | | | |
| 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 | | | | | | | | | |
| 甲状腺機能  （GH検査時） | | | | freeT4値     ng/dl | | | | | freeT3値     pg/ml | | | | |
| TSH値　     μU/ml | | | | |  | | | | |
| 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 | | | | | | |

GH値の（　　）は、成長科学協会補正値用ですので記入する必要はありません。

＊1　成長ホルモン分泌刺激試験の検査結果報告書（採血時間ごとのデータすべて）のコピーを、判定依頼の裏に添付して下さい。

　　 キット名または委託検査会社名は必ずご記入下さい。施設内測定の場合には、キット名の記載をお願いします。

＊2　データがある時はご記入下さい。

＊3　成長科学協会の同意書（様式10）をなるべくご使用下さい。

**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. | 出生時身長  出生時体重  身長測定時の暦年齢  身長SDスコア  1年前の成長速度SDスコア  備　考 | | ＜10＋－＜‐2ＳＤ＋－  　 ＜10＋－＜‐2ＳＤ＋－  　　　　　　　歳　　　 　　　ヵ月  　　　　　－　　　　．　　　 　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 | |