**ヒト成長ホルモン治療適応判定依頼書**

提出用

(様式1)

**（骨端線閉鎖を伴わない成長ホルモン分泌不全性低身長症）**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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） | 症候性低血糖 | [ ] １.有＊1 [ ] ２.無 |
| 過去2年間の身長 | 　 　年   月   日 |      .　     cm | １年間の増加 | 他ルのモ下ン垂欠体損ホ＊３ | [ ] 1.ＧＨ分泌不全のみ[ ] 2.他の下垂体ホルモン欠損を伴う（該当する項目を選んで下さい）[ ] 1）ＴＳＨ欠損　　[ ] 2）ゴナドトロピン欠損 （推定を含む）[ ] 3）ＡＣＴＨ欠損　[ ] 4）ＰＲＬ欠損[ ] 5）ＡＤＨ欠損[ ] 3.不明 |
|   　 年   月   日 |      .　     cm |      .　     cm/年 |
|      年   月   日 |      .　     cm |      .　     cm/年 |
| GH分泌刺激試験 ＊2 | 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 |
| 1.インスリン |     ng/ml（　　 　） | [ ] 2．シーメンス・イムライズGHⅡ（2000） |
| 2.アルギニン |     ng/ml（　　 　） | [ ] 3．Eテスト「TOSOH」Ⅱ（HGH） |
| 3.グルカゴン |     ng/ml（　　 　） | [ ] 4．アクセスｈGH  | 診　断　名 | 成長ホルモン分泌不全性低身長症の原因[ ] 1．特発性[ ] 2．続発性　　（     ）[ ] 3．その他　　（     ）[ ] 4．不明 |
| 4.L-DOPA |     ng/ml（　　 　） | [ ] 5．その他（　　　　　　　　　　） |
| 5.クロニジン |     ng/ml（　 　　） | 委託検査会社名 |
| 6.ＧＨＲＰ-2 |     ng/ml（　 　　） | （　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| IGF-I（ソマトメジンC）     ng/ml |  |  |  | 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　　（     ） |
| 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 |
| 甲　状　腺　機　能（GH検査時） | freeT4値     ng/dl | freeT3値     pg/ml | 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（     ） |
| TSH値　     μU/ml |  |
| 脳の器質的疾患 | [ ] 1．有＊1（     　　　　　　）　　　　 　[ ] 2.　無 |
| データを学問的に用いることについての同意＊4 | [ ] 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　(有)の時は、別紙に症状、検査所見、画像所見などを具体的に記載して添付して下さい。

＊2　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。

＊3　欠損がある場合は、別紙にデータを添付して下さい。

＊4　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.　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | 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（暦・骨）2年前の成長速度SDスコア（暦・骨）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 |