

告示番号		28		内分泌疾患		()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書〈継続申請用〉		1/2		
病名		17 異所性甲状腺						受付種別		<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ()				
受給者番号				受診日		年 月 日								
ふりがな 氏名 (Alphabet)						(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)								
生年月日		年 月 日		意見書記載時の年齢		歳 か月 日		性別		男 ・ 女 ・ 性別未決定				
出生体重		g		出生週数		在胎 週 日		出生時に住民登録をした所		() 都道府県 () 市区町村				
現在の 身長・体重		身長 (測定日)		cm (SD)		体重 (測定日)		kg (SD)		BMI				
				年 月 日				年 月 日		肥満度 %				
発病時期		年 月 頃		初診日		年 月 日								
就学・就労状況		就学前 ・ 小中学校(通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級) ・ 特別支援学校(小中学部 ・ 専攻科を含む高等部) ・ 高等学校(専攻科を含む) ・ 高等専門学校 ・ 専門学校／専修学校など ・ 大学(短期大学を含む) ・ 就労(就学中の就労も含む) ・ 未就学かつ未就労 ・ その他 ()												
手帳取得状況		身体障害者手帳		なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級 ・ 4級 ・ 5級 ・ 6級)						療育手帳		なし ・ あり		
		精神障害者保健福祉手帳 (障害者手帳)			なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級)									
現状評価		治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能						運動制限の必要性		なし ・ あり				
		人工呼吸器等装着者認定基準に該当			する ・ しない ・ 不明			小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当				する ・ しない ・ 不明		
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載														
症状		全身		低身長 (−2.0SD以下) : [なし ・ あり] 哺乳力低下 : [なし ・ あり] 体重増加不良 : [なし ・ あり] 不活発 : [なし ・ あり]										
		内分泌・代謝		症候性肥満 : [なし ・ あり] 異所性甲状腺腫大 : [なし ・ あり] 甲状腺欠損 : [なし ・ あり] 粘液水腫 : [なし ・ あり]										
				呼吸器・循環器		徐脈 : [なし ・ あり]								
		消化器		便秘 : [なし ・ あり] 黄疸 : [なし ・ あり]										
		筋・骨格		筋仮性肥大 : [なし ・ あり]										
		皮膚・粘膜		皮膚乾燥 : [なし ・ あり] 脱毛 : [なし ・ あり] 末梢冷感 : [なし ・ あり]										
		耳鼻咽喉		嚥声 : [なし ・ あり]										
		その他		小泉門開大 : [なし ・ あり] 巨舌 : [なし ・ あり] 臍ヘルニア : [なし ・ あり] 症状 (その他) : ()										
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載														
負荷試験		TRH分泌刺激試験 : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) TSH基礎値 : ()μIU/mL TSH頂値 : ()μIU/mL TSH頂値 : 出現時間 : ()分												
血液検査		TSH : ()μIU/mL free T ₃ : ()pg/mL free T ₄ : ()ng/dL サイログロブリン (Tg) : ()ng/mL 抗甲状腺ペルオキシダーゼ抗体 (TPOAb) : ()U/mL 抗サイログロブリン抗体 (TgAb) : ()U/mL												
骨年齢		大腿骨遠位端骨核 : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 (横径) : ()mm												
画像検査		超音波検査 (甲状腺) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()												
		シンチグラフィ (甲状腺) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()												
遺伝学的検査		遺伝子検査 : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()												
その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載														
合併症		合併症 : [なし ・ あり] 詳細 : ()												
経過 (申請時) ※直近の状況を記載														
薬物療法		補充療法 : [なし ・ あり] 詳細 : ()												
		機能抑制療法 : [なし ・ あり] 詳細 : ()												
		薬物療法 (その他) : ()												

受給者番号() 患者氏名()

告示番号	28	内分泌疾患 () 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書〈継続申請用〉										2/2	
手術	手術：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日：(年 月 日) 術式：()												
治療	治療（その他）：()												
今後の治療方針	今後の治療方針：()												
	治療見込み期間（入院） 開始日：(年 月 日) 終了日：(年 月 日)												
	治療見込み期間（外来） 開始日：(年 月 日) 終了日：(年 月 日) 通院頻度 ()回／月												
医療機関・医師署名													
上記の通り診断します。													
医療機関名						記載年月日		年		月		日	
医療機関住所													
						診療科							
						医師名						(印)	
						小児慢性特定疾病 指定医番号		()					