

告示番号		54		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〉																	
病名		25 腺腫様甲状腺腫										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		肥満度					
				年		月				日		年								月	
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		内分泌・代謝 甲状腺腫：[なし ・ あり] 甲状腺結節：[なし ・ あり] 甲状腺機能亢進症：[なし ・ あり] 甲状腺機能低下症：[なし ・ あり]																			
		その他 症状 (その他)：()																			
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載																					
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 抗TSH受容体抗体 (TRAb)：()IU/L																			
病理検査		穿刺吸引細胞診：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()																			
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：()																			
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)：()																			
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 医療機関住所										記載年月日 年 月 日 診療科 医師名 (印) 小児慢性特定疾病 指定医番号 ()											