

告示番号		31		内分泌疾患（）年度 小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉										1/2											
病名		17から19までに掲げるもののほか、先天性甲状腺機能低下症 (具体的な疾病名：)										受付種別		<input type="checkbox"/> 新規											
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)		年		月		日		体重 (測定日)		kg (SD)		年		月		日		BMI			
																						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(診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載																									
診断		新生児マス・スクリーニングで発見:[ なし・あり ]																							
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 ] びまん性甲状腺腫大:[ なし・あり ] 粘液性水腫:[ 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):( )																					
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 ] びまん性甲状腺腫大:[ なし・あり ] 粘液性水腫:[ 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(診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載																									
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 <sub>3</sub> :( )pg/mL free T <sub>4</sub> :( )ng/dL サイログロブリン(Tg):( )ng/mL																							
尿検査		尿中総ヨウ素:( )μg/L・未実施																							
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:( )																							

受給者番号( ) 患者氏名( )

[illegible]