

告示番号		24		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		15 バセドウ (Basedow) 病						受付種別		<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名			
受給者番号				受診日		年 月 日				<input type="checkbox"/> 転入 → ()			
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		体重減少:[なし ・ あり]			発汗増加:[なし ・ あり]			手指振戦:[なし ・ あり]			
		内分泌・代謝		びまん性甲状腺腫大:[なし ・ あり]									
		呼吸器・循環器		頻脈:[なし ・ あり]									
		眼		眼球突出や特有の眼症状:[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													
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 抗TSH受容体抗体 (TRAb):()IU/L 抗TSH受容体刺激性抗体 (TSAb):()%											
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:()											
アイソトープ治療		放射性ヨード内用療法:[未実施 ・ 予定 ・ 実施] 実施日:(年 月 日) 投与量:()											
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

(EΠ)

小兒慢性特定疾病 指定医番号 ()