

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〈継続申請用〉										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"/> 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 ] びまん性甲状腺腫大: [ 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 <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: ( )																	
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	31	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	(      )		