

告示番号		30		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		18 無甲状腺症						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] 甲状腺欠損 : [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 (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												
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) : ()												
治療	治療 (その他) : ()												

2021a-001

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									
										小児慢性特定疾病 指定医番号		（					）		