

| 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 (新規申請用) | | 1/2 | | |
|--|---|-------------------------------|-------------------------------|-----------------------|-------------------------------|---|-----------------------------|-------------------------|-----------------|-----------|
| 病名 | 15 バセドウ (Basedow) 病 | | | | | 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) | | | 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(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 | | | | | | | | | | |
| 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):() | | | | | | | | |
| 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(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 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:() | | | | | |
| 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:() | | | | | |

| | | |
|---|--|-------|
| 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〈新規申請用〉 | | 2/2 |
| 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: () | |
| アイントープ治療 | 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 | 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 () | |