

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 <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			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: () μU/mL		TSH頂値: () μU/mL		TSH頂値: 出現時間: () 分				
血液検査	TSH: () μU/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: ()								
アイントープ治療	放射性ヨード内服療法: [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							

受給者番号 () 患者氏名 ()

2021a-001

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〉

2/2

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

小児慢性特定疾病 指定医番号 ()