

告示番号		23		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	16 甲状腺機能亢進症 (バセドウ (Basedow) 病を除く。)							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		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 <sub>3</sub> : ( ) pg/mL		free T <sub>4</sub> : ( ) 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): ( ) %						
病理検査	穿刺吸引細胞診: [ 未実施 ・ 実施 ]		実施日: ( 年 月 日 )		所見: ( )								
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: ( )								
検査所見 (その他)	検査所見 (その他): ( )												
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					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 (	)					