

告示番号		28		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	17 異所性甲状腺							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		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													
診断	新生児マス・スクリーニングで発見:[なし ・ あり]												
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]			異所性甲状腺腫大: [なし ・ あり]			甲状腺欠損: [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	嚙声: [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])			
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]			異所性甲状腺腫大: [なし ・ あり]			甲状腺欠損: [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	嚙声: [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])			
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: () 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												
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												

告示番号 **28** 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**

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 (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
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): ()
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 小児慢性特定疾病 指定医番号 ()