

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〈継続申請用〉	1/2
-------------	-----------	--------------	------------	-----------	------------------------------	------------

病名	17 異所性甲状腺					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	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]		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(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								
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 ()	