

病名	18 無甲状腺症					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	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]		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	嚔声: [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]			
症状 (その他): ()									
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]		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	嚔声: [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]			
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		
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: ()				

告示番号 30 **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**

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		
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)：()		
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		(印)
	小児慢性特定疾病 指定医番号 ()		