

病名	<b>18 無甲状腺症</b>					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 ]			甲状腺欠損: [ なし ・ あり ]		粘液性水腫: [ 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 ]				( )	
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				
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 (	)		