

告示番号		29		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	19 甲状腺刺激ホルモン (TSH) 分泌低下症 (先天性に限る。)							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		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 ]			粘液水腫: [ なし ・ あり ]			甲状腺萎縮: [ 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 ]					
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 ]			粘液水腫: [ なし ・ あり ]			甲状腺萎縮: [ 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 ( 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 <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: ( )							
	MRI 検査 ( 下垂体 ): [ 未実施 ・ 実施 ]			実施日: ( 年 月 日 )		所見: ( )							

画像検査	シンチグラフィ (甲状腺): [ 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 <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: ( )		
	MRI検査 (下垂体): [ 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: ( )		
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		
	小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )		