

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 (継続申請用) **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"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ()	
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 年 月 日					
氏名	(セイメイ) (姓名)		以前の登録氏名 (変更のある場合)	(セイメイ) (姓名)		
住所	郵便番号 (-) 都道府県 () 市区町村 () 丁目番地等 ()					
生年月日	年 月 日			性別	男性 ・ 女性 ・ 性別未決定	
出生地	都道府県 () 市区町村 ()					
出生体重	g	出生週数	在胎 週 日			
発症時期	年 月 頃		記載時の年齢	満 歳 か月 日		
現在の身長・体重	身長 (測定日)	cm (SD)		体重 (測定日)	kg (SD)	
	年 月 日	年 月 日		年 月 日	BMI	%
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						
最終受診日	(年 月 日)					
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] 症状 (その他): ()				
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: ()					
	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
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 ()									
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			
医療機関所在地				診断年月日	年	月	日			
電話番号				診療科						
				医師名						
				小児慢性特定疾病 指定医番号 ()						

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年 月 日
公費負担者番号	
認定結果	[認定 ・ 不認定]
研究同意の有無	[有 ・ 無]
受給者番号	受給者番号 () 有効期限 年 月 日
階層区分	[生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 年 月 日