

告示番号		31		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	20 17から19までに掲げるもののほか、先天性甲状腺機能低下症 (具体的な疾病名:)					受付種別	<input type="checkbox"/> 新規			
受給者番号			受診日	年 月 日						
ふりがな						(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)				
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]			びまん性甲状腺腫大: [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]				
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]			びまん性甲状腺腫大: [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]				
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			
尿検査	尿中総ヨウ素: () μg/L・未実施									
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: ()					

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
尿検査	尿中総ヨウ素: ()μg/L ・ 未実施
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 ()