

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 (継続申請用)		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					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)			BMI	
		年 月 日	年 月 日	年 月 日		肥満度	%			
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	治療 ・ 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										
具体的な疾病名	()				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]		びまん性甲状腺腫大: [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 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): ()									

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 (継続申請用) **2/2**

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
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