

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 (具体的な疾病名:)						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	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] 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] 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: () μU/mL TSH頂値: () μU/mL TSH頂値: 出現時間: () 分									
血液検査	TSH: () μU/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 ()