

告示番号		26		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	21 橋本病							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			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													
症状	全身	低身長(-2.0SD以下): [ なし・あり ]			易疲労性: [ なし・あり ]			無気力: [ なし・あり ]					
	内分泌・代謝	二次性徴の遅れ: [ なし・あり ]			月経不順(女子のみ): [ なし・あり ]			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 ]											
	筋・骨格	筋仮性肥大: [ なし・あり ]											
	皮膚・粘膜	脱毛: [ なし・あり ]			末梢冷感: [ なし・あり ]								
その他	症状(その他): ( )												
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 ]			易疲労性: [ なし・あり ]			無気力: [ なし・あり ]					
	内分泌・代謝	二次性徴の遅れ: [ なし・あり ]			月経不順(女子のみ): [ なし・あり ]			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 ]											
	筋・骨格	筋仮性肥大: [ なし・あり ]											
	皮膚・粘膜	脱毛: [ なし・あり ]			末梢冷感: [ なし・あり ]								
その他	症状(その他): ( )												
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: ( ) μU/mL						
							TSH頂値: ( ) μU/mL			TSH頂値: 出現時間: ( ) 分			
血液検査	TSH: ( ) μU/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			
	抗甲状腺ペルオキシダーゼ抗体(TPOAb): ( ) U/mL			抗サイログロブリン抗体(TgAb): ( ) U/mL			抗TSH受容体抗体(TRAb): ( ) IU/L						
病理検査	穿刺吸引細胞診: [ 未実施・実施 ]			実施日: ( 年 月 日 )			所見: ( )						
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: ( )						

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 ] TSH基礎値: ( )μU/mL	実施日: ( 年 月 日 ) TSH頂値: ( )μU/mL	TSH頂値: 出現時間: ( )分
血液検査	TSH: ( )μU/mL 抗甲状腺ペルオキシダーゼ抗体 (TPOAb): ( )U/mL 抗TSH受容体抗体 (TRAb): ( )IU/L	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 抗サイログロブリン抗体 (TgAb): ( )U/mL
病理検査	穿刺吸引細胞診: [ 未実施 ・ 実施 ] 所見: ( )	実施日: ( 年 月 日 )	
画像検査	超音波検査 (甲状腺): [ 未実施 ・ 実施 ] 所見: ( )	実施日: ( 年 月 日 )	
	シンチグラフィ (甲状腺): [ 未実施 ・ 実施 ] 所見: ( )	実施日: ( 年 月 日 )	

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 ( \_\_\_\_\_ )