

|   |  |  |                                 |                          |   |   |                             |   |  |
|---|--|--|---------------------------------|--------------------------|---|---|-----------------------------|---|--|
| 病名                                      | <b>22 萎縮性甲状腺炎</b>  |  |                                 |                          |   | 受付種別  | <input type="checkbox"/> 新規 |   |  |
| 受給者番号                                   |  |  | 受診日                             | 年 月 日                    |   |   |                             |   |  |
| ふりがな<br>氏名<br>(Alphabet)                |  |  |                                 |                          |   | (変更があった場合)<br>ふりがな<br>以前の登録氏名<br>(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<br>身長・体重                            | 身長<br>(測定日)  | cm ( SD)                                 |                                 | 体重<br>(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 (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 ]                          |                             |   |  |
|   |  | 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 ]                          |                                 |                          |   |   |                             |   |  |
|   | 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 ]                          |                             |   |  |
|   |  | 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 ]                          |                                 |                          |   |   |                             |   |  |
|   | 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: ( )μIU/mL TSH頂値: ( )μIU/mL TSH値: 出現時間: ( )分 |   |                             |   |  |
| 血液検査                                    | TSH: ( )μIU/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                         |   |                             |   |  |
| 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: ( )  |  |                                 |                          |   |   |                             |   |  |
| 画像検査                                    | 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 ]<br>TSH基礎値: ( )μIU/mL                                   | 実施日: ( 年 月 日 )<br>TSH頂値: ( )μIU/mL                               | TSH頂値: 出現時間: ( )分                                      |
| 血液検査 | TSH: ( )μIU/mL<br>抗甲状腺ペルオキシダーゼ抗体 (TPOAb): ( )U/mL<br>抗TSH受容体抗体 (TRAb): ( )IU/L | free T <sub>3</sub> : ( )pg/mL<br>free T <sub>4</sub> : ( )ng/dL | サイログロブリン (Tg): ( )ng/mL<br>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 ]<br>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 ]<br>所見: ( )   | 実施日: ( 年 月 日 )   |  |
|      | シンチグラフィ (甲状腺): [ 未実施 ・ 実施 ]<br>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 ]<br>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 ]<br>詳細: ( )   |
|         | 機能抑制療法: [ なし ・ あり ]<br>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 )<br>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 )<br>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 \_\_\_\_\_ (印)

小児慢性特定疾病 指定医番号 ( \_\_\_\_\_ )