

告示番号		25		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	22 萎縮性甲状腺炎							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		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																				
最終受診日	(年 月 日)																			
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]												
		粘液性水腫: [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 (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										
	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			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: ()													
	シンチグラフィ (甲状腺): [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): ()																			

告示番号	25	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						
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