

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 → ()			
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]		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 (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): ()												

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)
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 (