

病名	21及び22に掲げるもののほか、後天性甲状腺機能低下症 (具体的な疾病名: )				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	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	治療・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 ]		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 ]	
		びまん性甲状腺腫大: [ 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頂値: ( ) μIU/mL		
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: ( )		
遺伝学的検査	遺伝子検査: [ 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 ] 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 <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: ( )
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

本症の原因	放射線治療: [ なし ・ あり ] 薬剤: [ なし ・ あり ] その他: ( )
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 (印)

小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )