

告示番号		27		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)		1/3	
病名	23 21及び22に掲げるもののほか、後天性甲状腺機能低下症							受付種別	<input type="checkbox"/> 新規				
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)			以前の登録氏名 (変更のある場合)			(セイメイ) (姓)						
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													
具体的な疾病名	( )					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 ]							
		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: ( )								

告示番号 <b>27</b> 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) <b>2/3</b>	
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: ( )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: ( )
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
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