

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"/> 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

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 (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: ()		
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 ()