

病名	24 甲状腺ホルモン不応症					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	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(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											
診断	新生児マス・スクリーニングで発見:[なし・あり]										
症状	全身	低身長(-2.0SD以下):[なし・あり]									
	内分泌・代謝	びまん性甲状腺腫大:[なし・あり]				骨年齢遅延:[なし・あり]					
	呼吸器・循環器	頻脈:[なし・あり]									
	精神・神経	発達障害:[なし・あり・不明]			自閉症スペクトラム症:[なし・あり・不明]			注意欠如多動症:[なし・あり・不明]			
		限局性学習症:[なし・あり・不明]									
		発達障害(その他):()									
耳鼻咽喉	聴力障害:[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]									
	内分泌・代謝	びまん性甲状腺腫大:[なし・あり]				骨年齢遅延:[なし・あり]					
	呼吸器・循環器	頻脈:[なし・あり]									
	精神・神経	発達障害:[なし・あり・不明]			自閉症スペクトラム症:[なし・あり・不明]			注意欠如多動症:[なし・あり・不明]			
		限局性学習症:[なし・あり・不明]									
		発達障害(その他):()									
耳鼻咽喉	聴力障害:[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		
	T ₃ 抑制試験:[未実施・実施]		実施日:()年()月()日		結果:[不十分・あり]						
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	抗サイログロブリン抗体(TgAb):()U/mL	抗TSH受容体抗体(TRAb):()IU/L	血中αサブユニット:()ng/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:()						
	MRI検査(下垂体):[未実施・実施]		実施日:()年()月()日		所見:()						

画像検査	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) 甲状腺ホルモン受容体β遺伝子異常: [なし ・ あり] 遺伝子異常 (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		
	T ₃ 抑制試験: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 結果: [不十分 ・ あり]		
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 抗サイログロブリン抗体 (TgAb): ()U/mL 抗TSH受容体抗体 (TRAb): ()IU/L 血中αサブユニット: ()ng/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: ()		
	MRI検査 (下垂体): [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) 甲状腺ホルモン受容体β遺伝子異常: [なし ・ あり] 遺伝子異常 (その他): ()		
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) 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 ()		