

病名	24 甲状腺ホルモン不応症					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		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]									
	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 (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: ()										

薬物療法	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 ()