

告示番号		54		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)		1/2	
病名	25 腺腫様甲状腺腫							受付種別	<input type="checkbox"/> 新規				
受給者番号			受診日	年 月 日									
ふりがな							(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)						
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 (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	内分泌・代謝	甲状腺腫: [なし ・ あり] 甲状腺結節: [なし ・ あり] 甲状腺機能亢進症: [なし ・ あり] 甲状腺機能低下症: [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	内分泌・代謝	甲状腺腫: [なし ・ あり] 甲状腺結節: [なし ・ あり] 甲状腺機能亢進症: [なし ・ あり] 甲状腺機能低下症: [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													
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												
	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: ()													
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
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												
	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: ()													
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

小児慢性特定疾病 指定医番号 ()