

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 (継続申請用)

病名	<b>25 腺腫様甲状腺腫</b>					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	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(申請時) ※直近の状況を記載											
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	( )					