

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			
保険情報		保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 年 月 日													
氏名		(セイメイ) (姓)						以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓)					
住所		郵便番号 () 都道府県 () 市区町村 () 丁目番地等 ()													
生年月日		年 月 日								性別		男性 ・ 女性 ・ 性別未決定			
出生地		都道府県 () 市区町村 ()													
出生体重		g		出生週数		在胎 週		日							
発症時期		年 月 頃			記載時の年齢		満 歳		か月 日						
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 %	
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			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															
最終受診日		(年 月 日)													
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)：()													

