

告示番号		30		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		18 無甲状腺症								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 )															
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 ] 哺乳力低下：[ なし ・ あり ] 体重増加不良：[ なし ・ あり ] 不活発：[ なし ・ あり ]															
	内分泌・代謝	症候性肥満：[ なし ・ あり ] 甲状腺欠損：[ なし ・ あり ] 粘液水腫：[ なし ・ あり ]															
	呼吸器・循環器	徐脈：[ なし ・ あり ]															
	消化器	便秘：[ なし ・ あり ] 黄疸：[ なし ・ あり ]															
	筋・骨格	筋仮性肥大：[ なし ・ あり ]															
	皮膚・粘膜	皮膚乾燥：[ なし ・ あり ] 脱毛：[ なし ・ あり ] 末梢冷感：[ なし ・ あり ]															
	耳鼻咽喉	嚔声：[ なし ・ あり ]															
	その他	小泉門開大：[ なし ・ あり ] 巨舌：[ なし ・ あり ] 臍ヘルニア：[ なし ・ あり ] 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 ] 哺乳力低下：[ なし ・ あり ] 体重増加不良：[ なし ・ あり ] 不活発：[ なし ・ あり ]															
	内分泌・代謝	症候性肥満：[ なし ・ あり ] 甲状腺欠損：[ なし ・ あり ] 粘液水腫：[ なし ・ あり ]															
	呼吸器・循環器	徐脈：[ なし ・ あり ]															
	消化器	便秘：[ なし ・ あり ] 黄疸：[ なし ・ あり ]															
	筋・骨格	筋仮性肥大：[ なし ・ あり ]															
	皮膚・粘膜	皮膚乾燥：[ なし ・ あり ] 脱毛：[ なし ・ あり ] 末梢冷感：[ なし ・ あり ]															
	耳鼻咽喉	嚔声：[ なし ・ あり ]															
	その他	小泉門開大：[ なし ・ あり ] 巨舌：[ なし ・ あり ] 臍ヘルニア：[ なし ・ あり ] 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															
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															
骨年齢		大腿骨遠位端骨核：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 所見 (横径)：( )mm															
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：( )															

