

告示番号		26		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		21 橋本病								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	全身	低身長 (−2.0SD以下) : [なし ・ あり] 易疲労性 : [なし ・ あり] 無気力 : [なし ・ あり]															
	内分泌・代謝	二次性徴の遅れ : [なし ・ あり] 月経不順 (女子のみ) : [なし ・ あり] 症候性肥満 : [なし ・ あり] びまん性甲状腺腫大 : [なし ・ あり] 粘液性水腫 : [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]															
	筋・骨格	筋仮性肥大 : [なし ・ あり]															
	皮膚・粘膜	脱毛 : [なし ・ あり] 末梢冷感 : [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	全身	低身長 (−2.0SD以下) : [なし ・ あり] 易疲労性 : [なし ・ あり] 無気力 : [なし ・ あり]															
	内分泌・代謝	二次性徴の遅れ : [なし ・ あり] 月経不順 (女子のみ) : [なし ・ あり] 症候性肥満 : [なし ・ あり] びまん性甲状腺腫大 : [なし ・ あり] 粘液性水腫 : [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]															
	筋・骨格	筋仮性肥大 : [なし ・ あり]															
	皮膚・粘膜	脱毛 : [なし ・ あり] 末梢冷感 : [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																
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 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 : ()																

受給者番号（）

患者氏名（）

2025a-001

告示番号

26

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〉

2/2

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

血液検査

TSH：（）μIU/mL free T₃：（）pg/mL free T₄：（）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

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（）

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

医療機関所在地

 診断年月日 年 月 日

電話番号

診療科

医師名

小児慢性特定疾病 指定医番号（）

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄

担当自治体

受理日

公費負担者番号

認定結果

研究同意の有無

受給者番号

階層区分

保険情報

年 月 日

[

認定

・

不認定

]

[

有

・

無

]

受給者番号（）有効期限 年 月 日

[

生活保護

・

低所得Ⅰ

・

低所得Ⅱ

・

一般所得Ⅰ

・

一般所得Ⅱ

・

上位所得

・

その他

]

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