

告示番号		29		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		19 甲状腺刺激ホルモン (TSH) 分泌低下症 (先天性に限る。)								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] 粘液水腫: [なし ・ あり] 甲状腺萎縮: [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] 粘液水腫: [なし ・ あり] 甲状腺萎縮: [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 ₃ : ()pg/mL free T ₄ : ()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: ()														
		MRI検査 (下垂体): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()														

画像検査	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										
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									
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：（ ）									
	MRI検査（下垂体）：[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）：（ ）									
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 （ ）										

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年 月 日
公費負担者番号	
認定結果	[認定 ・ 不認定]
研究同意の有無	[有 ・ 無]
受給者番号	受給者番号 () 有効期限 年 月 日
階層区分	[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