

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		
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		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 (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													
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] 粘液性水腫：[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	嚥声：[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] 粘液性水腫：[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	嚥声：[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：()												

受給者番号() 患者氏名()

告示番号	9	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
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] TSH基礎値：()μIU/mL 実施日：(年 月 日) 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	
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 ()				
		(印)				