

告示番号		23		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		16 甲状腺機能亢進症（バセドウ（Basedow）病を除く。）										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		肥満度					
				年		月				日		年								月	
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																					
症状		全身		体重減少: [ なし ・ あり ] 発汗増加: [ なし ・ あり ] 手指振戦: [ なし ・ あり ]																	
		内分泌・代謝		びまん性甲状腺腫大: [ なし ・ あり ]																	
		呼吸器・循環器		頻脈: [ なし ・ あり ]																	
		眼		眼球突出や特有の眼症状: [ 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		体重減少: [ なし ・ あり ] 発汗増加: [ なし ・ あり ] 手指振戦: [ なし ・ あり ]																	
		内分泌・代謝		びまん性甲状腺腫大: [ なし ・ あり ]																	
		呼吸器・循環器		頻脈: [ なし ・ あり ]																	
		眼		眼球突出や特有の眼症状: [ 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 <sub>3</sub> : ( )pg/mL free T <sub>4</sub> : ( )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 抗TSH受容体刺激性抗体 (TSAb): ( )%																			
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: ( )																			
遺伝学的検査		遺伝子検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 所見: ( )																			
検査所見 (その他)		検査所見 (その他): ( )																			
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 <sub>3</sub> : ( )pg/mL free T <sub>4</sub> : ( )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 抗TSH受容体刺激性抗体 (TSAb): ( )%																			

受給者番号( ) 患者氏名( )

告示番号	23	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
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：（ ）											
遺伝学的検査	遺伝子検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：（ ） 年 月 日 ） 所見：（ ）											
検査所見（その他）	検査所見（その他）：（ ）											
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：（ ）											
アイソトープ治療	放射性ヨード内用療法：[ 未実施 ・ 予定 ・ 実施 ] 実施日：（ ） 年 月 日 ） 投与量：（ ）											
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		(印)				
						小児慢性特定疾病 指定医番号		( )				