

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			
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													
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 <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											
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( )

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 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											
病理検査		穿刺吸引細胞診：[ 未実施 ・ 実施 ]				実施日：( 年 月 日 )							
画像検査		超音波検査（甲状腺）：[ 未実施 ・ 実施 ]				実施日：( 年 月 日 )							
		シンチグラフィ（甲状腺）：[ 未実施 ・ 実施 ]				実施日：( 年 月 日 )							
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 )							
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 ( )									