

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〈継続申請用〉		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"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ()			
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 (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		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 (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) : ()											

受給者番号() 患者氏名()

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〈継続申請用〉										2/2		
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 ()								