

告示番号		24		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		15 バセドウ (Basedow) 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		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 ₃ ：()pg/mL free T ₄ ：()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)：()%											
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：()											
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 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)：()%											
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	24	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
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 ()			