

| | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------------------|---|------------|--|----------------------|----------|-------|-------------------|--------------------|--|-------------------------------|--|--|
| 告示番号 | | 31 | | 内分泌疾患 | | 平成（ | | ）年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 | | | | |
| 受給者番号（ | | | | 新規登録 ・ 継続 ・ 転入（ 転出地： | | | | | | | | |
| 患者 | | ふりがな 氏名 | | | 男 ・ 女 | 生年月日 | 平成 年 月 日（満 歳） | | | | | |
| 出生都道府県※1 | | | | 出生体重 | | g | | 出生週数 | | 在胎 週 | | |
| 現在の身長※2 | | . cm | | 現在の体重※2 | | . kg | | 母の生年月日 | | 昭和 平成 年 月 日 | | |
| 発病 | | 年 月 頃 | | | 初診日 | | 年 月 日 | | | | | |
| 大分類病名 | | 11 | | 甲状腺機能低下症 | | 細分類病名 | | 20 | | 17から19までに掲げるもののほか、先天性甲状腺機能低下症 | | |
| 該当するものに○をつけ、必要な場合（ | | | | | | ）に記載 | | 具体的な疾患名 | | | | |
| 1.臨床所見 | | | | | | | | | | | | |
| 現在の 症状 | 身長・体重の測定日（ 年 月 日） | | | | | | | | | | | |
| | 現在の身長（ ）SD 現在の体重（ ）SD | | | | | | | | | | | |
| | びまん性甲状腺腫大（ なし ・ あり ） | | | 甲状腺萎縮（ なし ・ あり ） | | | 易疲労感（ なし ・ あり ） | | | | | |
| | 無気力（ なし ・ あり ） | | | 末梢冷感（ なし ・ あり ） | | | 徐脈（ なし ・ あり ） | | | | | |
| | 巨舌（ なし ・ あり ） | | | 哺乳不良（ なし ・ あり ） | | | 体重増加不良（ なし ・ あり ） | | | | | |
| | 便秘（ なし ・ あり ） | | | 臍ヘルニア（ なし ・ あり ） | | | 黄疸（ なし ・ あり ） | | | | | |
| | 小泉門開大（ なし ・ あり ） | | | 嚔声（ なし ・ あり ） | | | 筋仮性肥大（ なし ・ あり ） | | | | | |
| | 粘膜水腫（ なし ・ あり ） | | | 脱毛（ なし ・ あり ） | | | 成長の停止（ なし ・ あり ） | | | | | |
| | 症候性肥満（ なし ・ あり ） | | | | | | | | | | | |
| | 新生児マス・スクリーニングで発見（ なし ・ あり ） | | | | | | | | | | | |
| 2.検査所見 | | | | | | | | | | | | |
| 診断の 根拠とな った主な 検査等の 結果 | 継続申請の場合は現在の状況を記載 | | | | | | | | | | | |
| | 血液検査 | | | | | | | | | | | |
| | free T ₃ （ ）pg/mL | | | | | | | | | | | |
| | free T ₄ （ ）ng/dL | | | | | | | | | | | |
| | TSH（ ）μIU/mL | | | | | | | | | | | |
| | サイログロブリン（ ）ng/mL | | | | | | | | | | | |
| | 抗甲状腺ペルオキシダーゼ抗体（TPOAb）（ ）IU/mL | | | | | | | | | | | |
| | 抗サイログロブリン抗体（TgAb）（ ）IU/mL | | | | | | | | | | | |
| | TRH負荷試験 検査日（ 年 月 日） | | | | | | | | | | | |
| | TSH基礎値（ ）μIU/mL TSH頂値（ ）μIU/mL | | | | | | | | | | | |
| | 画像検査 | | | | | | | | | | | |
| | 甲状腺エコー検査 | | | | | | | | | | | |
| | （ 未実施 ・ 実施 → 所見： ） | | | | | | | | | | | |
| | 甲状腺シンチグラフィー | | | | | | | | | | | |
| | （ 未実施 ・ 実施 → 所見： ） | | | | | | | | | | | |
| 3.その他の所見 | | | | | | | | | | | | |
| その他の 現在の 所見など | 合併症（ なし ・ あり → 詳細： ） | | | | | | | | | | | |
| 4.経 過 | | | | | | | | | | | | |
| 現在までの 主な治療 など | 薬物療法など（ なし ・ あり → 補充療法 ・ 機能抑制療法 ・ 他の薬物療法 ・ 運動制限 ・ 手術予定あり ・ 術後 ） | | | | | | | | | | | |
| 5.今後の療の方針 | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| 就学・就労 | 1. 就学前 2. 小中学校（通常学級・通級・特別支援学級） 3. 特別支援学校（小中学部・専攻科を含む高等部） 4. 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 5. 大学（短期大学を含む） 6. 就労（就学中の就労も含む） 7. 未就学かつ未就労 8. その他（ ） | | | | | | | | | | | |
| 現状評価 | 一つに○印： 治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能 小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当： しない ・ する ・ 不明 人工呼吸器等装着者認定基準に該当： しない ・ する ・ 不明 | | | | | | | | | | | |
| 治療見込期間 | 入院 | 年 月 日 から | | | 年 月 日 まで | | | | | | | |
| | 通院 | 年 月 日 から | | | 年 月 日 まで | | | （ 月 回 ） | | | | |
| 上 記 の 通 り 診 断 し ま す 。 | | | | | | | | | | | | |
| 医療機関名 および 所在地 | | | | | | | | | | | | |
| 平成 年 月 日 医師名 科 印 | | | | | | | | | | | | |
| 小児慢性特定疾病指定医番号 | | | | | | | | | | | | |

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入

※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入