

告示番号		25		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		22 萎縮性甲状腺炎						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] 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] 粘液水腫 : [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]											
	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 (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												
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 : ()												
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 : ()												
治療	治療 (その他) : ()												

受給者番号() 患者氏名()

告示番号	25	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 ()													