

告示番号		27		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		23		21及び22に掲げるもののほか、後天性甲状腺機能低下症 (具体的な疾病名：)						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) 年 月 日		体重 (測定日)		kg (SD) 年 月 日		BMI				
										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]				
		びまん性甲状腺腫大 : [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 : ()													
遺伝学的検査	遺伝子検査 : [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														
本症の原因	放射線治療 : [なし ・ あり] 薬剤 : [なし ・ あり] その他 : ()													
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) : ()													

2021a-001

20210-001

告示番号	27	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		
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）：（ ）													
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								
						小児慢性特定疾病 指定医番号 （						）		