

告示番号		32		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		24 甲状腺ホルモン不応症						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]											
	内分泌・代謝	びまん性甲状腺腫大 : [なし ・ あり] 骨年齢遅延 : [なし ・ あり]											
	呼吸器・循環器	頻脈 : [なし ・ あり]											
	精神・神経	発達障害 : [なし ・ あり ・ 不明] 自閉症スペクトラム症 : [なし ・ あり ・ 不明] 注意欠如多動症 : [なし ・ あり ・ 不明] 限局性学習症 : [なし ・ あり ・ 不明]											
		発達障害 (その他) : ()											
	耳鼻咽喉	聴力障害 : [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												
	T ₃ 抑制試験 : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 結果 : [不十分 ・ あり]												
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 血中αサブユニット : ()ng/mL												
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 : ()												
	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 : ()												
遺伝学的検査	遺伝子検査 : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 甲状腺ホルモン受容体β遺伝子異常 : [なし ・ あり] 遺伝子異常 (その他) : ()												
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 : ()												

受給者番号 () 患者氏名 () 2021a-001

告示番号	32	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
薬物療法	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）：()			
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 ()				