

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		☐ 新規				
保険情報		保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 年 月 日														
氏名		(セイメイ) (姓)						以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓)						
住所		郵便番号 () 都道府県 () 市区町村 () 丁目番地等 ()														
生年月日		年 月 日								性別		男性 ・ 女性 ・ 性別未決定				
出生地		都道府県 () 市区町村 ()														
出生体重		g		出生週数		在胎 週		日								
発症時期		年 月 頃		記載時の年齢		満 歳		か月 日								
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		
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		治療 ・ 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																
最終受診日		(年 月 日)														
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:()														
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:()														

