

告示番号 **28** 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) **1/3**

病名	17 異所性甲状腺			受付種別	<input type="checkbox"/> 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		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 )							
診断	新生児マス・スクリーニングで発見: [ なし ・ あり ]							
症状	全身	低身長 (-2.0SD以下): [ なし ・ あり ]		哺乳力低下: [ なし ・ あり ]		体重増加不良: [ なし ・ あり ]		不活発: [ なし ・ あり ]
	内分泌・代謝	症候性肥満: [ なし ・ あり ]		異所性甲状腺腫大: [ なし ・ あり ]		甲状腺欠損: [ なし ・ あり ]		
		粘液水腫: [ 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 ]		黄疸: [ なし ・ あり ]				
	筋・骨格	筋仮性肥大: [ なし ・ あり ]						
	皮膚・粘膜	皮膚乾燥: [ なし ・ あり ]		脱毛: [ なし ・ あり ]		末梢冷感: [ なし ・ あり ]		
	耳鼻咽喉	嚙声: [ なし ・ あり ]						
その他	小泉門開大: [ なし ・ あり ]		巨舌: [ なし ・ あり ]		臍ヘルニア: [ なし ・ あり ]			
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 ]		哺乳力低下: [ なし ・ あり ]		体重増加不良: [ なし ・ あり ]		不活発: [ なし ・ あり ]
	内分泌・代謝	症候性肥満: [ なし ・ あり ]		異所性甲状腺腫大: [ なし ・ あり ]		甲状腺欠損: [ なし ・ あり ]		
		粘液水腫: [ 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 ]		黄疸: [ なし ・ あり ]				
	筋・骨格	筋仮性肥大: [ なし ・ あり ]						
	皮膚・粘膜	皮膚乾燥: [ なし ・ あり ]		脱毛: [ なし ・ あり ]		末梢冷感: [ なし ・ あり ]		
	耳鼻咽喉	嚙声: [ なし ・ あり ]						
その他	小泉門開大: [ なし ・ あり ]		巨舌: [ なし ・ あり ]		臍ヘルニア: [ なし ・ あり ]			
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: ( )μU/mL		TSH頂値: ( )μU/mL		TSH頂値: 出現時間: ( )分			
血液検査	TSH: ( )μU/mL		free T <sub>3</sub> : ( )pg/mL		free T <sub>4</sub> : ( )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					
骨年齢	大腿骨遠位端骨核: [ 未実施 ・ 実施 ]			実施日: ( 年 月 日 )		所見 (横径): ( )mm		

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: ( )
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: ( )μU/mL TSH頂値: ( )μU/mL TSH頂値: 出現時間: ( )分
血液検査	TSH: ( )μU/mL free T <sub>3</sub> : ( )pg/mL free T <sub>4</sub> : ( )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
骨年齢	大腿骨遠位端骨核: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 所見 (横径): ( )mm
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	
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): ( )
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
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 ( )
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
医療機関所在地	診断年月日 年 月 日
電話番号	診療科
	医師名
	小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )

・ 診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年 月 日
公費負担者番号	
認定結果	[ 認定 ・ 不認定 ]
研究同意の有無	[ 有 ・ 無 ]
受給者番号	受給者番号 ( ) 有効期限 年 月 日
階層区分	[ 生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他 ]
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