

告示番号		30		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		18 無甲状腺症							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					
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] 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	嚔声：[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] 症状 (その他)：()											
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] 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	嚔声：[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] 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												
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：()												

