

告示番号	29	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	19 甲状腺刺激ホルモン (TSH) 分泌低下症 (先天性に限る。)				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)		
		年 月 日	年 月 日		BMI	%	
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]		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]		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]	
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]		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]		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]	
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)				
	MRI検査 (下垂体): [未実施 ・ 実施]		実施日: (年 月 日)				

画像検査	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		
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: ()		
	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: ()		
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): ()		
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