

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		☐ 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)													
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] 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] 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] 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: ()													
		MRI検査 (下垂体): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()													

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 ()										

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