

|                                         |                                                                                                  |                                                                                 |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
|-----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------|--|----------------------|--|----------------------|--|-----------------------|--|-----------------------------|--|
| 告示番号                                    |                                                                                                  | 31                                                                              |  | 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                                      |                                                                                                  | 20 17から19までに掲げるもののほか、先天性甲状腺機能低下症                                                |  |                                            |  |                      |  |                      |  | 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 ( )<br>資格取得年月日 年 月 日                 |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
| 氏名                                      |                                                                                                  | (セイメイ)<br>(姓)                                                                   |  |                                            |  |                      |  | 以前の登録氏名<br>(変更のある場合) |  | (セイメイ)<br>(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 日                |  |                      |  |                       |  |                             |  |
| 現在の<br>身長・体重                            |                                                                                                  | 身長<br>(測定日)                                                                     |  | cm ( SD)<br>年 月 日                          |  | 体重<br>(測定日)          |  | kg ( SD)<br>年 月 日    |  | BMI                   |  |                             |  |
|                                         |                                                                                                  |                                                                                 |  |                                            |  |                      |  |                      |  | 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 |                                                                                                  |                                                                                 |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
| 具体的な疾病名                                 |                                                                                                  | ( )                                                                             |  |                                            |  |                      |  | 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 ] びまん性甲状腺腫大：[ 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 ]<br>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 ] びまん性甲状腺腫大：[ 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 ]<br>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 )<br>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 <sub>3</sub> ：( )pg/mL free T <sub>4</sub> ：( )ng/dL サイログロブリン (Tg)：( )ng/mL |                                                                                 |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
| 尿検査                                     | 尿中総ヨウ素：( )μg/L・未実施                                                                               |                                                                                 |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
| 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 )<br>所見：( )                                                 |                                                                                 |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
|                                         | シンチグラフィ (甲状腺)：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )<br>所見：( )                                               |                                                                                 |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |
| 遺伝学的検査                                  | 遺伝子検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )<br>所見：( )                                                       |                                                                                 |  |                                            |  |                      |  |                      |  |                       |  |                             |  |

