

告示番号		27		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		23 21及び22に掲げるもののほか、後天性甲状腺機能低下症										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（ー）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															
具体的な疾病名		()						最終受診日		(年 月 日)					
症状	全身	低身長 (−2.0SD以下) : [なし ・ あり] 易疲労性 : [なし ・ あり] 無気力 : [なし ・ あり]													
	内分泌・代謝	二次性徴の遅れ : [なし ・ あり]				月経不順 (女子のみ) : [なし ・ あり]				症候性肥満 : [なし ・ あり]					
		びまん性甲状腺腫大 : [なし ・ あり]				粘液性水腫 : [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]													
	筋・骨格	筋仮性肥大 : [なし ・ あり]													
	皮膚・粘膜	脱毛 : [なし ・ あり]						末梢冷感 : [なし ・ あり]							
	その他	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] 易疲労性 : [なし ・ あり] 無気力 : [なし ・ あり]													
	内分泌・代謝	二次性徴の遅れ : [なし ・ あり]				月経不順 (女子のみ) : [なし ・ あり]				症候性肥満 : [なし ・ あり]					
		びまん性甲状腺腫大 : [なし ・ あり]				粘液性水腫 : [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]													
	筋・骨格	筋仮性肥大 : [なし ・ あり]													
	皮膚・粘膜	脱毛 : [なし ・ あり]						末梢冷感 : [なし ・ あり]							
	その他	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 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 抗TSH受容体抗体 (TRAb) : ()IU/L													
病理検査		穿刺吸引細胞診 : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()													
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 : ()													

