

<b>告示番号</b>	<b>54</b>	<b>内分泌疾患</b>	<b>( )</b>	<b>年度</b>	<b>小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)</b>	<b>1/2</b>
-------------	-----------	--------------	------------	-----------	-------------------------------	------------

病名	<b>25 腺腫様甲状腺腫</b>				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)		BMI
		年 月 日	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 )						
症状	内分泌・代謝	甲状腺腫: [ なし ・ あり ]		甲状腺結節: [ なし ・ あり ]		甲状腺機能亢進症: [ 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	内分泌・代謝	甲状腺腫: [ なし ・ あり ]		甲状腺結節: [ なし ・ あり ]		甲状腺機能亢進症: [ 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							
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
	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: ( )						
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載							
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
	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: ( )						
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): ( )						

告示番号 **54** 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) **2/2**

手術	手術：[ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ] 実施日：( 年 月 日 ) 術式：( )				
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