

告示番号		24		内分泌疾患		()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書〈継続申請用〉		1/2			
病名		15 バセドウ (Basedow) 病						受付種別		☐ 継続 転出実施主体名 ☐ 転入 → ()					
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) 年 月 日		体重 (測定日)		kg (SD) 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 (申請時) ※直近の状況を記載															
最終受診日		(年 月 日)													
症 状		全身		体重減少:[なし ・ あり]				発汗増加:[なし ・ あり]				手指振戦:[なし ・ あり]			
		内分泌・代謝		びまん性甲状腺腫大:[なし ・ あり]											
		呼吸器・循環器		頻脈:[なし ・ あり]											
		眼		眼球突出や特有の眼症状:[なし ・ あり]											
		その他		症状 (その他):()											
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 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 抗TSH受容体刺激性抗体 (TSAb):()%													
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):()													
手術		手術:[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日:(年 月 日) 術式:()													
アイソトープ治療		放射性ヨード内用法:[未実施 ・ 予定 ・ 実施] 実施日:(年 月 日) 投与量:()													
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