

告示番号		23		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		16 甲状腺機能亢進症（バセドウ（Basedow）病を除く。）						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)				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 (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):()%											
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:()											
検査所見 (その他)		検査所見 (その他):()											
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		放射性ヨード内用療法:[未実施 ・ 予定 ・ 実施] 実施日:(年 月 日) 投与量:()											

