

告示番号		29		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		19 甲状腺刺激ホルモン (TSH) 分泌低下症 (先天性に限る。)						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		治癒 ・ 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		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] 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] 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		嚥声: [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] 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											
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) 所見: ()											
		MRI検査 (下垂体): [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): ()											
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