様式３－３

橋本病（慢性甲状腺炎）臨床調査個人票　（新規）

ふりがな			**この部分にエコーの写真を添付してください。** ・審査に必要なため、患部を示す画像を必ず添付することとしています。 ・資料については原則返却しませんので、必要な資料については添付せず、コピーしたもの等を添付してください。 （この欄に添付が困難な資料の場合は別添としてください。）
氏　名			
性別	1.男 2.女	生年月日	（和暦）　年　月　日（満　歳）
住　所	〒 TEL　（　）		
出生都道府県		発病時在住都道府県	

発病年月	年　月	初診年月日	年　月　日	保険種別	1.政　2.組　3.共 4.国　5.介　6.その他（　）
身体障害者手帳	1.あり（等級　級）　2.なし	介護認定	1.要介護（要介護度　）　2.要支援　3.なし		
生活状況	社会活動（1.就労　2.就学　3.家事労働　4.在宅療養　5.入院　6.入所　7.その他（　）） 日常生活（1.正常　2.やや不自由であるが独力で可能　3.制限があり部分介助　4.全面介助）				
家族歴	1．あり　2．なし　3．不明 ありの場合（続柄　）	受療動向（最近6か月）	1.主に入院　2.入院と通院半々　3.主に通院（　／月） 4.往診あり　5.入通院なし　6.その他（　）		
剖　検	1．あり　2．なし　3．不明	剖検の行われた施設名（　）所在地（　）			

初診時の臨床症状（年月）							
甲状腺腫	1.あり 2.なし	前頚部不快感	1.あり 2.なし	肩凝り	1.あり 2.なし	嗄声	1.あり 2.なし	嚥下障害	1.あり 2.なし	呼吸困難	1.あり 2.なし
圧痛	1.あり 2.なし	自発痛	1.あり 2.なし	発熱	1.あり 2.なし	心悸亢進	1.あり 2.なし	頻脈	1.あり 2.なし	徐脈	1.あり 2.なし
浮腫	1.あり 2.なし	眼球突出	1.あり 2.なし	手指振せん	1.あり 2.なし	易疲労性	1.あり 2.なし	全身倦怠感	1.あり 2.なし	精神不安定	1.あり 2.なし
毛髪異常	1.あり 2.なし	色素沈着	1.あり 2.なし	頚部搏動	1.あり 2.なし	側頚部リンパ腺腫	1.あり 2.なし	気管圧排	1.あり 2.なし	月経異常	1.あり 2.なし
その他（　）							
体重	1.異常無し 2.亢進症状 3.低下症状	発汗	1.異常無し 2.亢進症状 3.低下症状	皮膚	1.異常無し 2.亢進症状 3.低下症状	暑がり又は寒がり	1.異常無し 2.亢進症状 3.低下症状	食欲	1.異常無し 2.亢進症状 3.低下症状	便通	1.異常無し 2.亢進症状 3.低下症状

初診時検査成績（年月）							
甲状腺腫	1．触知せず　2．び慢性　3．多結節性　4．結節性	推定重量 g	シンチグラフィー所見	1．び慢性　2．不均一　3．欠損　4．変形　5．その他（　）			
甲状腺［^{131}I・^{123}I・^{99m}Tc］摂取率 %			T^3抑制試験（　）				
＊血中T_4濃度 μg/dℓ		＊血中T_3濃度 ng/dℓ		TSH μU/mℓ			
血中遊離T_4濃度 ng/dℓ		血中遊離T_3濃度 pg/mℓ		総コレステロール mg/dℓ			
超音波所見							
TRH試験	1．静注　2．筋注	TSH反応	基礎値 μU/mℓ → 頂値 μU/mℓ				
γグロブリン分画 . g	赤沈 mm/時間	総蛋白 g/100mℓ	A／G比				
抗サイログロブリン抗体	検査方法	1．サイロイドテスト　2．RIA 3．その他（方法：　結果：　）	結果	1．陰性　2．100倍未満　3．100倍(陽性) 4．1,000倍未満　5．1,000倍以上	RIA結果	u/mℓ	
抗マイクロソーム(抗TPO抗体)	検査方法	1．マイクロソーム　2．RIA 3．その他（方法：　結果：　）	結果	1．陰性　2．100倍未満　3．100倍(陽性) 4．1,000倍未満　5．1,000倍以上	RIA結果	u/mℓ	

# 3か月以内の検査成績		基準値（必ず記入）	年　月　日	年　月　日	年　月　日	年　月　日
	FT4（ng/dℓ）	～				
	FT3（pg/mℓ）	～				
	TSH（μU/mℓ）	～				

☆組織所見				
採取法	1．針生検　2．吸引法　3．手術　4．剖検	病変の範囲	1．び慢性　2．散在性	
濾胞上皮の変性度	1．増殖性変性　2．単なる膨化変性　3．好酸性変性　4．高度濾胞崩壊			
リンパ球浸潤度	1．軽度　2．中等度　3．高度	線維化度	1．軽度　2．中等度　3．高度	

治療の状況	
サイロキソン(チラージンS)の使用	1．あり（量及び頻度：　μg×月　回　）　2．なし
甲状腺粉末(チラージン)の使用	1．あり（量及び頻度：　μg×月　回　）　2．なし
その他の治療	内容：

医療機関名

医療機関所在地

電話番号　（　）

医師の氏名　　記載年月日：　年　月　日

（令和三年四月改正）

※1　＊欄については、いずれかの値を記載してください。
　2　＃欄については、検査結果伝票のコピーを必ず添付してください。
　3　☆抗サイログロブリン抗体、抗マイクロソーム抗体がいずれも陽性でない例は組織所見が必要です（所見伝票のコピーを添付してください）。

橋本病（慢性甲状腺炎）の認定基準

次の１から３のいずれかに該当する場合であって、申請前３か月以内に、甲状腺刺激ホルモン（TSH）の値が 100μU/mℓ 以上を示しているもの。

１．確実な橋本病

次の基準を一つ以上満たすもの。

① 病理組織所見で橋本病の特徴（間質のリンパ球浸潤及び線維化の増強、濾胞上皮細胞の変性、崩壊）を認める。

② サイログロブリン又は甲状腺抽出液を抗原とする沈降反応が陽性を示す。
又は TA－test で血清原液陰性、10 倍希釈陽性を示す。

２．確からしい橋本病

① びまん性の硬い甲状腺腫を有し、他にバセドウ病を初めとする甲状腺腫の原因が認められず、甲状腺組織構成成分に対する体液性（又は細胞性）抗体を認めるもの。

② 原発性甲状腺機能低下症（甲状腺腫はあってもなくてもよい）で、他に機能低下の原因が認められず、体液性（又は細胞性）抗体を認めるもの。

３．橋本病の疑い

① びまん性の硬い甲状腺腫を有し、他に甲状腺腫の原因が認められず、他に異常がないのに血沈促進、膠質反応異常上昇、高γ－グロブリン血症を認めるもの。

② 原発性甲状腺機能低下症で、他に機能低下の原因が認められず、他に異常がないのに血沈促進、膠質反応異常上昇、高γ－グロブリン血症を認めるもの。

《除外規定》

１、２、３のいずれの場合もバセドウ病の除外を要する。特に機能亢進、眼球突出又は前脛骨部粘液水腫などを認める場合は、甲状腺 ^{131}I 摂取率、T_3 抑制試験、TRH に対する TSH の反応、LATS の測定などによる鑑別が必要である。さらに、両疾患の合併は組織所見及び沈降抗体など、１のいずれかが満たされなければ診断確定できない。