

橋本病重症患者対策医療受給者証 有効期間更新申請書

受給者番号		保健所記入欄	保健所	コード
受給者氏名			自己負担区分	有・無
申請者	氏名	対象患者との続柄		
	住所	(〒 -) (電話 - -)		
生計中心者氏名		対象患者との続柄		
受給者証の記載事項(住所・氏名・保険の種類等)の変更 有・無 変更有りの場合は変更届を添付のこと。				

北海道知事 様

橋本病重症患者対策医療受給者証の有効期限の更新を申請します。

平成 年 月 日

橋本病(慢性甲状腺炎)臨床調査個人票 (再増悪・更新)

ふりがな		性別	1.男 2.女	生年月日	1.明治 2.大正 3.昭和 4.平成	年 月 日生	(満 歳)
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)						
受診状況(最近1年)	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()						
経過(最近1年)	1.治癒 2.軽快 3.不変 4.徐々に悪化 5.急速に悪化 6.その他()						
最近1年間の治療	薬物補充等治療の状況	1.サイロキシン(チラージンS)の使用	1.あり 2.なし ありの場合、量及び頻度(必ず記入してください。) (μg × 月 回)				
		2.甲状腺末(チラージン)の使用	1.あり 2.なし ありの場合、量及び頻度(必ず記入してください。) (μg × 月 回)				
		3.その他の治療 ありの場合、その内容	1.あり 2.なし ()				
#検査成績		基準値(必ず記入)	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
	4. FT4 (ng/dl)	~					
	5. FT3 (pg/ml)	~					
	6. TSH (μU/ml)	~					
見等	7. その他の検査()						
	8. 合併症(初回申請したものは除く)						
医療機関名							
医療機関所在地							
医師の氏名				印	電話番号	()	
					記載年月日:平成	年	月 日

(平成十七年六月制定)

#欄は、検査結果伝票のコピーを必ず添付してください。

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100 μ U/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。

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。

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

びまん性の硬い甲状腺腫を有し、他にバセドウ病をはじ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。

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

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。

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¹³¹I摂取率、T₃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。