

告示番号		3		慢性消化器疾患		( )		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉		1/2	
病名		16 早期発症型炎症性腸疾患								受付種別		<input type="checkbox"/> 新規	
受給者番号				受診日		年 月 日							
ふりがな 氏名 (Alphabet)						(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)							
生年月日		年 月 日		意見書記載時の年齢		歳 か月 日		性別		男 ・ 女 ・ 性別未決定			
出生体重		g		出生週数		在胎 週 日		出生時に住民登録をした所		( ) 都道府県 ( ) 市区町村			
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 %			
発病時期		年 月 頃		初診日		年 月 日							
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 ( )											
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 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載													
発症時期		発症時期：( 歳 か月 )											
症状	消化器	下痢：[ なし ・ あり ] 血便：[ なし ・ あり ]											
		肛門周囲病変：[ なし ・ あり ] 詳細：( )											
	その他	症状 (その他)：( )											
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
症状	消化器	下痢：[ なし ・ あり ] 血便：[ なし ・ あり ]											
		肛門周囲病変：[ なし ・ あり ] 詳細：( )											
その他	症状 (その他)：( )												
検査所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載													
血液検査		白血球数：( )/μL		ヘモグロビン (Hb)：( )g/dL		血小板数：( )×10 <sup>4</sup> /μL		血清総ビリルビン (T-Bil)：( )mg/dL					
		血清総蛋白：( )g/dL		血清アルブミン：( )g/dL		AST：( )U/L		γ-GTP：( )U/L					
		血清直接ビリルビン (D-Bil)：( )mg/dL		LDH：( )U/L		血清鉄 (Fe)：( )μg/dL		α-フェトプロテイン (AFP)：( )ng/mL・未実施					
		ALT：( )U/L		血清クレアチニン：( )mg/dL									
		BUN：( )mg/dL		フェリチン：( )ng/mL・未実施									
		UIBC：( )μg/dL											
細菌検査		便培養：[ 未実施 ・ 実施 ]		実施日：( 年 月 日 )		クロストリジウム抗原：[ 未実施 ・ 陰性 ・ 陽性 ]							
病理検査		腸管粘膜生検：[ 未実施 ・ 実施 ]		実施日：( 年 月 日 )									
画像検査		内視鏡検査 (消化管)：[ 未実施 ・ 実施 ]		実施日：( 年 月 日 )		部位：[ 上部 ・ 下部 ・ 上部／下部両方 ]							
検査所見 (その他)		検査所見 (その他)：( )											
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
血液検査		白血球数：( )/μL		ヘモグロビン (Hb)：( )g/dL		血小板数：( )×10 <sup>4</sup> /μL		血清総ビリルビン (T-Bil)：( )mg/dL					
		血清総蛋白：( )g/dL		血清アルブミン：( )g/dL		AST：( )U/L		γ-GTP：( )U/L					
		血清直接ビリルビン (D-Bil)：( )mg/dL		LDH：( )U/L		血清鉄 (Fe)：( )μg/dL		α-フェトプロテイン (AFP)：( )ng/mL・未実施					
		ALT：( )U/L		血清クレアチニン：( )mg/dL									
		BUN：( )mg/dL		フェリチン：( )ng/mL・未実施									
		UIBC：( )μg/dL											
細菌検査		便培養：[ 未実施 ・ 実施 ]		実施日：( 年 月 日 )		クロストリジウム抗原：[ 未実施 ・ 陰性 ・ 陽性 ]							

受給者番号( ) 患者氏名( )

告示番号	3	慢性消化器疾患	(	年度	小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉	2/2
病理検査	腸管粘膜生検：[ 未実施 ・ 実施 ]      実施日：(      年      月      日 ) 所見：(      )					
画像検査	内視鏡検査（消化管）：[ 未実施 ・ 実施 ]      実施日：(      年      月      日 ) 部位：[ 上部 ・ 下部 ・ 上部／下部両方 ] 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	薬物療法：[ なし ・ あり ] 詳細：(      )					
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		
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					
医療機関住所						
	診療科					
	医師名					
	小児慢性特定疾病 指定医番号 (      ) (印)					