

告示番号		17		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		13 周期性嘔吐症候群						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													
症状	消化器	嘔吐発作①：発作開始日：(年 月 日) 発作終了日：(年 月 日) 嘔吐の回数：()回/時間 他の疾患 (感染症、代謝異常など) による嘔吐を除外：[できない ・ できる]											
		嘔吐発作②：発作開始日：(年 月 日) 発作終了日：(年 月 日) 嘔吐の回数：()回/時 他の疾患 (感染症、代謝異常など) による嘔吐を除外：[できない ・ できる]											
		嘔吐発作③：発作開始日：(年 月 日) 発作終了日：(年 月 日) 嘔吐の回数：()回/時 他の疾患 (感染症、代謝異常など) による嘔吐を除外：[できない ・ できる]											
		嘔吐発作④：発作開始日：(年 月 日) 発作終了日：(年 月 日) 嘔吐の回数：()回/時 他の疾患 (感染症、代謝異常など) による嘔吐を除外：[できない ・ できる]											
		嘔吐発作⑤：発作開始日：(年 月 日) 発作終了日：(年 月 日) 嘔吐の回数：()回/時 他の疾患 (感染症、代謝異常など) による嘔吐を除外：[できない ・ できる]											
	その他	発作間欠期の症状：[なし ・ あり] 予想可能な周期か：[不可能 ・ 可能] 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	過去1年間の嘔吐発作回数：()回											
		嘔吐発作 (直近)：発作開始日：(年 月 日) 発作終了日：(年 月 日) 嘔吐の回数：()回/時間 他の疾患 (感染症、代謝異常など) による嘔吐を除外：[できない ・ できる]											
	その他	発作間欠期の症状：[なし ・ あり] 予想可能な周期か：[不可能 ・ 可能] 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													
検査所見		検査所見：()											
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
検査所見		検査所見：()											
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] 片頭痛：[なし ・ あり] 食道炎：[なし ・ あり] 合併症 (その他)：()											
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											

受給者番号() 患者氏名()

告示番号	17	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
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	(印)		
				小児慢性特定疾病 指定医番号	()	