

告示番号		1		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		14 潰瘍性大腸炎						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) 年 月 日		体重 (測定日)		kg ( SD) 年 月 日		BMI			
										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		全身		成長障害：低身長 (－2.0SD以下)：[ なし ・ あり ] 詳細：( )									
				発熱：[ なし ・ あり ] 詳細：( )									
		消化器		排便状況：回数：[ 6回未満/日 ・ 6回以上/日 ] 顕血便：[ なし ・ あり ] 詳細：( )									
				腹痛：[ なし ・ あり ]									
		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		全身		成長障害：低身長 (－2.0SD以下)：[ なし ・ あり ] 詳細：( )									
				発熱：[ なし ・ あり ] 詳細：( )									
		消化器		排便状況：回数：[ 6回未満/日 ・ 6回以上/日 ] 顕血便：[ なし ・ あり ] 詳細：( )									
				腹痛：[ なし ・ あり ]									
		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													
細菌検査		便培養：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 所見：( )											
病理検査		消化管生検：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 部位：[ 食道 ・ 胃 ・ 十二指腸 ・ 空腸 ・ 回腸 ・ 結腸 ・ 直腸 ] 所見：( )											
画像検査		注腸造影：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 所見：( )											
		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)：( )											
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
細菌検査		便培養：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 所見：( )											
病理検査		消化管生検：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 部位：[ 食道 ・ 胃 ・ 十二指腸 ・ 空腸 ・ 回腸 ・ 結腸 ・ 直腸 ] 所見：( )											

受給者番号（		）		患者氏名（		）		
告示番号	1	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
画像検査	注腸造影：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )							
	所見：( )							
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）：( )						
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	ステロイド薬：[ なし ・ あり ] プレドニゾロン換算投与量：( )mg/日							
	タクロリムス：[ なし ・ あり ] シクロスポリン：[ なし ・ あり ] アザチオプリン：[ なし ・ あり ]							
		6-MP：[ なし ・ あり ] インフリキシマブ：[ なし ・ あり ]						
		薬物療法（その他）：( )						
栄養管理	中心静脈栄養：[ なし ・ あり ] 経腸栄養：[ なし ・ あり ]							
血液浄化	血球成分除去（白血球除去）療法：[ 未実施 ・ 実施 ]							
手術	手術①：[ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ] 実施日：( 年 月 日 )							
	術式：( )							
	所見：( )							
	手術②：[ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ] 実施日：( 年 月 日 )							
	術式：( )							
		所見：( )						
		手術③：[ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ] 実施日：( 年 月 日 )						
		術式：( )						
		所見：( )						
		手術④：[ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ] 実施日：( 年 月 日 )						
		術式：( )						
		所見：( )						
		手術⑤：[ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ] 実施日：( 年 月 日 )						
		術式：( )						
		所見：( )						
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 (印)						
		小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )						