

告示番号		25		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		6 リパーゼ欠損症						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		消化器		下痢: [なし ・ あり] 発症時期: [生直後 ・ 新生児期 ・ 生後2〜3か月 ・ 生後4〜6か月 ・ 生後7〜9か月 ・ 生後10〜12か月 ・ 1歳 ・ 2歳 ・ 3歳以降] 詳細: ()									
				脂肪摂取で悪化する: [なし ・ あり] 脂肪性下痢: [なし ・ あり]									
				腹部膨満・腹鳴: [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] 発症時期: [生直後 ・ 新生児期 ・ 生後2〜3か月 ・ 生後4〜6か月 ・ 生後7〜9か月 ・ 生後10〜12か月 ・ 1歳 ・ 2歳 ・ 3歳以降] 詳細: ()									
				脂肪摂取で悪化する: [なし ・ あり] 脂肪性下痢: [なし ・ あり]									
				腹部膨満・腹鳴: [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		血糖値 (随時): ()mg/dL 血清アルブミン: ()g/dL AST: ()U/L ALT: ()U/L LDH: ()U/L γ-GTP: ()U/L 血清アミラーゼ: ()U/L 血清リパーゼ: ()U/L											
便検査		便pH: () 便中ナトリウム: ()mEq/L 便中還元糖: ()g/dL 便脂肪染色: [- ・ + ・ ++ ・ +++]											
病理検査		十二指腸液検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) アミラーゼ: ()U/L リパーゼ: ()U/L エンテロキナーゼ: ()ng/mL トリプシン: ()ng/mL											
		腸管粘膜生検: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 酵素活性: () 所見: ()											
汗クロライド検査		汗クロライド検査: [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: ()											

受給者番号() 患者氏名()

告示番号		25		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	
検査所見（申請時） ※直近の状況を記載													
血液検査		血糖値（随時）：()mg/dL				血清アルブミン：()g/dL				AST：()U/L			
		ALT：()U/L				LDH：()U/L				γ-GTP：()U/L			
		血清アミラーゼ：()U/L				血清リパーゼ：()U/L							
便検査		便pH：()				便中ナトリウム：()mEq/L				便中還元糖：()g/dL			
		便脂肪染色：[- ・ + ・ ++ ・ +++]											
病理検査		十二指腸液検査：[未実施 ・ 実施]				実施日：() 年 () 月 () 日							
		アミラーゼ：()U/L				リパーゼ：()U/L				エンテロキナーゼ：()ng/mL			
		腸管粘膜生検：[未実施 ・ 実施]				実施日：() 年 () 月 () 日				トリブシン：()ng/mL			
		酵素活性：()											
		所見：()											
汗クロライド検査		汗クロライド検査：[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：()											
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：()											
栄養管理		中心静脈栄養：[なし ・ あり]											
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 ()							