

告示番号		30		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		8 腸リンパ管拡張症						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)		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		全身		浮腫：[ なし ・ あり ] 詳細：( )									
		消化器		下痢：[ なし ・ あり ] 詳細：( )									
				嘔吐：[ 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		全身		浮腫：[ なし ・ あり ] 詳細：( )									
		消化器		下痢：[ なし ・ あり ] 詳細：( )									
				嘔吐：[ 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      リンパ球：( )%      ヘモグロビン (Hb)：( )g/dL      血小板数：( )×10 <sup>4</sup> /μL 血清総蛋白：( )g/dL      AST：( )U/L      ALT：( )U/L      LDH：( )U/L γ-GTP：( )U/L      PT：( )秒      PT：( )%      PT-INR：( )      HPT：( )%											
病理検査		腸管粘膜生検：[ 未実施 ・ 実施 ]      実施日：( 年 月 日 ) 所見：( )											
α1アンチトリプシン・クリアランス試験		α1アンチトリプシン・クリアランス試験：[ 未実施 ・ 実施 ]      実施日：( 年 月 日 ) 便中α1アンチトリプシン：( )mg/dL      血清α1アンチトリプシン：( )mg/dL 便量：( )mL/day      クリアランス：( )mL/day      胃酸分泌抑制の併用：[ なし ・ あり ]											
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)：( )											
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
血液検査		白血球数：( )/μL      リンパ球：( )%      ヘモグロビン (Hb)：( )g/dL      血小板数：( )×10 <sup>4</sup> /μL 血清総蛋白：( )g/dL      AST：( )U/L      ALT：( )U/L      LDH：( )U/L γ-GTP：( )U/L      PT：( )秒      PT：( )%      PT-INR：( )      HPT：( )%											
病理検査		腸管粘膜生検：[ 未実施 ・ 実施 ]      実施日：( 年 月 日 ) 所見：( )											

受給者番号( ) 患者氏名( )

告示番号		30		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	
α1アンチトリプシン・クリアランス試験		α1アンチトリプシン・クリアランス試験：[ 未実施 ・ 実施 ] 便中α1アンチトリプシン：( )mg/dL 便量：( )mL/day						実施日：( )年 ( )月 ( )日 血清α1アンチトリプシン：( )mg/dL クリアランス：( )mL/day 胃酸分泌抑制の併用：[ なし ・ あり ]					
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：( )											
既往歴		Fontan手術の既往※：[ なし ・ あり ] (※ Fontan手術後など先天性心疾患に起因する症例は、慢性心疾患の原疾病にて申請すること)											
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								(印)	
				小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )									