

告示番号		32		慢性消化器疾患		( )		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書〈継続申請用〉		1/2	
病名		35 自己免疫性膵炎						受付種別		<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ( )			
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 (申請時) ※直近の状況を記載													
症状	全身	低身長 (−2.0SD以下) : [ なし ・ あり ]											
		体重増加不良 : [ なし ・ あり ] 詳細 : ( )											
		易疲労性 : [ なし ・ あり ] 詳細 : ( )											
	消化器	脂肪便 : [ なし ・ あり ] 詳細 : ( )											
		黄疸 : [ なし ・ あり ] 詳細 : ( )											
	その他	症状 (その他) : ( )											
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
血液検査		血清総蛋白 : ( )g/dL 血清直接ビリルビン (D-Bil) : ( )mg/dL ALT : ( )U/L 血清アミラーゼ : ( )U/L 血清クレアチニン : ( )mg/dL 血清IgG : ( )mg/dL リウマトイド因子 (定量) : ( )IU/mL ・ 未実施						血清アルブミン : ( )g/dL D／T比 : ( ) LDH : ( )U/L 血清リパーゼ : ( )U/L 蛋白分画 : γ -グロブリン分画 : ( )% ・ 未実施 IgGサブクラス : IgG4 : ( )mg/dL ・ 未実施					
便検査		便潜血 : [ 未実施 ・ 陰性 ・ 陽性 ]											
画像検査		超音波検査 (腹部) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 所見 : ( )											
		CT 検査 (腹部) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 所見 : ( )											
		MRI 検査 (腹部) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 所見 : ( )											
		内視鏡的逆行性胆管膵管造影 (ERCP) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 所見 : ( )											
		磁気共鳴胆管膵管撮影 (MRCP) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 所見 : ( )											
		内視鏡検査 (下部消化管) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 所見 : ( )											
検査所見 (その他)		検査所見 (その他) : ( )											

受給者番号( ) 患者氏名( )

告示番号	32	慢性消化器疾患	( )	年度	小児慢性特定疾病 医療意見書〈継続申請用〉	2/2
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	再発性脾炎の既往：[ 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：( )					
内視鏡的治療	内視鏡的治療：[ 未実施 ・ 実施 ]      実施日：(      年      月      日 ) 詳細：( )					
手術	外科的治療：[ 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	(      )	