

告示番号		40		内分泌疾患		()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書 (継続申請用)	
病名	74 ガストリノーマ							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						(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)					
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		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	消化器	下痢: [なし ・ あり] 消化性潰瘍: [なし ・ あり]									
	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	ガストリン: () pg/mL										
画像検査	CTまたはMRI検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: () 年 月 日)										
	部位: ()										
	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: ()										
	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: ()										
経過 (申請時) ※直近の状況を記載											
薬物療法	補充療法: [なし ・ あり] 詳細: ()										
	機能抑制療法: [なし ・ あり] 詳細: ()										
	薬物療法 (その他): ()										
手術	手術: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日: () 年 月 日) 術式: ()										
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	通院頻度 () 回/月				
治療見込み期間 (外来)		開始日: ()	年 月 日	終了日: ()	年 月 日						
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					
						小児慢性特定疾病 指定医番号	()				