

病名	2 ショ糖イソ麦芽糖分解酵素欠損症					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	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] ショ糖摂取で下痢する:[なし・あり] ショ糖除去で便が正常化:[なし・あり]									
		反復性の痙攣性腹痛:[なし・あり] 詳細:()									
	腹部膨満・腹鳴:[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	血糖値(随時):()mg/dL		血清アルブミン:()g/dL		AST:()U/L		ALT:()U/L				
便検査	便pH:()		便中ナトリウム:()mEq/L		便中還元糖:()g/dL				LDH:()U/L		
負荷試験	経口ブドウ糖負荷試験:[未実施・実施]		実施日:()年()月()日		所見:()						
	経口ショ糖負荷試験:[未実施・実施]		実施日:()年()月()日		所見:()						
	経口果糖負荷試験:[未実施・実施]		実施日:()年()月()日		所見:()						
病理検査	腸管粘膜生検:[未実施・実施]		実施日:()年()月()日		酵素活性:() 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]		ショ糖除去食:[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 ()	