

病名	3 先天性グルコース・ガラクトース吸収不良症					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	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] ブドウ糖摂取で下痢する:[なし・あり] ブドウ糖除去で便が正常化:[なし・あり] 果糖乳で下痢が改善:[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):()								
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] ブドウ糖摂取で下痢する:[なし・あり] ブドウ糖除去で便が正常化:[なし・あり] 果糖乳で下痢が改善:[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(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				
便検査	便pH:()		便中ナトリウム:()mEq/L		便中還元糖:()g/dL				
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:()				
遺伝学的検査	遺伝子検査:[未実施・実施]		実施日:(年 月 日)		所見:()				

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 ALT : ()U/L	血清アルブミン : ()g/dL LDH : ()U/L	AST : ()U/L γ-GTP : ()U/L
便検査	便pH : ()	便中ナトリウム : ()mEq/L	便中還元糖 : ()g/dL
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] 酵素活性 : ()	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] 部位 : [上部 ・ 下部 ・ 上部・下部両方]	実施日 : ()年 ()月 ()日	所見 : ()
遺伝学的検査	遺伝子検査 : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	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 (_____)