

告示番号		26		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)		1/3									
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												
保険情報	保険者番号 ()		被保険者記号 ()		被保険者番号 ()		被保険者個人単位枝番 ()														
	資格取得年月日		年	月	日																
氏名	(セイメイ) (姓)				以前の登録氏名 (変更のある場合)			(セイメイ) (姓)													
住所	郵便番号 (-)		都道府県 ()		市区町村 ()			丁目番地等 ()													
生年月日	年		月	日	性別			男性 ・ 女性 ・ 性別未決定													
出生地	都道府県 ()		市区町村 ()																		
出生体重	g		出生週数	在胎		週		日													
発症時期	年		月	頃	記載時の年齢		満	歳		か月			日								
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	%											
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	治療 ・ 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																					
最終受診日	(年 月 日)																				
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			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] 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]	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 : ()

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
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 ()

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
医療機関所在地	診断年月日	年	月	日
電話番号	診療科			
	医師名			
	小児慢性特定疾病 指定医番号 ()			

・ 診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年 月 日
公費負担者番号	
認定結果	[認定 ・ 不認定]
研究同意の有無	[有 ・ 無]
受給者番号	受給者番号 () 有効期限 年 月 日
階層区分	[生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]
保険情報	保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 年 月 日