

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 (継続申請用)		1/2	
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"/> 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		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) ・ 未就労かつ未就労 ・ 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] 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 (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 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: ()												
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)
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 ()			