

告示番号 **24** 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)

病名	4 エンテロキナーゼ欠損症			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	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]				
	その他	詳細: () 腹部膨満・腹鳴: [なし ・ あり] 詳細: () 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	血清アミラーゼ: ()U/L		血清リパーゼ: ()U/L		便中還元糖: ()g/dL	
	便pH: ()		便中ナトリウム: ()mEq/L			
病理検査	十二指腸液検査: [未実施 ・ 実施]		実施日: (年 月 日)			
	アミラーゼ: ()U/L		リパーゼ: ()U/L		エンテロキナーゼ: ()ng/mL	
	腸管粘膜生検: [未実施 ・ 実施]		実施日: (年 月 日)		トリプシン: ()ng/mL	
画像検査	酵素活性: ()		所見: ()			
	内視鏡検査 (消化管): [未実施 ・ 実施]		実施日: (年 月 日)			
遺伝学的検査	部位: [上部 ・ 下部 ・ 上部/下部両方]		所見: ()			
	遺伝子検査: [未実施 ・ 実施]		実施日: (年 月 日)			
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]					
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 ()		