

告示番号 <b>24</b>		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	<b>4 エンテロキナーゼ欠損症</b>					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 ] 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		
	血清アミラーゼ:( )U/L		血清リパーゼ:( )U/L				
便検査	便pH:( )		便中ナトリウム:( )mEq/L		便中還元糖:( )g/dL		
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
	腸管粘膜生検:[ 未実施・実施 ]		実施日:( )年( )月( )日		エンテロキナーゼ:( )ng/mL		トリプシン:( )ng/mL
画像検査	膵管粘膜生検:[ 未実施・実施 ]		実施日:( )年( )月( )日		膵管粘膜生検:[ 未実施・実施 ]		実施日:( )年( )月( )日
	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 ]						
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			
				小児慢性特定疾病 指定医番号	( )		