

病名	5 アミラーゼ欠損症					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] 詳細: ()								
		でんぷん摂取で下痢する: [なし ・ あり]				でんぷん除去で便が正常化: [なし ・ あり]				
		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] 詳細: ()								
		でんぷん摂取で下痢する: [なし ・ あり]				でんぷん除去で便が正常化: [なし ・ あり]				
		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			
	血清アミラーゼ: () U/L		血清リパーゼ: () 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	でんぷん負荷試験: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()									
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)		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: ()									
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			
	血清アミラーゼ: () U/L		血清リパーゼ: () U/L		LDH: () U/L		γ-GTP: () U/L			

告示番号 **23** 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) **2/2**

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	でんぷん負荷試験：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()
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 トリプシン：()ng/mL
	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：()

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]
手術	外科的治療：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 術式：() 所見：()
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 (_____)