

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)		1/2									
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:()																			
		でんぶん摂取で下痢する:[なし・あり] でんぶ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:()																			
		でんぶん摂取で下痢する:[なし・あり] でんぶ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			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	でんぶん負荷試験:[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 トリアシン:()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:()																				
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			AST:()U/L			γ-GTP:()U/L		
	血清アミラーゼ:()U/L			血清リパーゼ:()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 小児慢性特定疾病 指定医番号 ()