

病名	6 リパーゼ欠損症					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:( )																			
		脂肪摂取で悪化する:[ なし ・ あり ]      脂肪性下痢:[ 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:( )																			
		脂肪摂取で悪化する:[ なし ・ あり ]      脂肪性下痢:[ 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			便脂肪染色:[ - ・ + ・ ++ ・ +++ ]											
	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																				
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:( )																				
	汗クロライド検査 汗クロライド検査:[ 未実施 ・ 実施 ]      実施日:( )年 ( )月 ( )日 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 ALT : ( ) U/L 血清アミラーゼ : ( ) U/L	血清アルブミン : ( ) g/dL LDH : ( ) U/L 血清リパーゼ : ( ) U/L	AST : ( ) U/L γ-GTP : ( ) U/L
便検査	便pH : ( ) 便脂肪染色 : [ - ・ + ・ ++ ・ +++ ]	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 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 : ( )		
汗クロライド検査	汗クロライド検査 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( ) 年 ( ) 月 ( ) 日 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 ]
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 ( \_\_\_\_\_ )