

告示番号		30		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	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		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		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		便脂肪染色:[ - ・ + ・ ++ ・ +++ ]						
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:( )						

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 便脂肪染色 : [ - ・ + ・ ++ ・ +++ ]
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 医療機関住所	記載年月日      年    月    日  診療科 医師名 小児慢性特定疾病 指定医番号 (    )