

| 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 (継続申請用) | 1/2 | |
|------------------------|---|---|-----------------------------|----------------------|--|---------------|-----|
| 病名 | 6 リパーゼ欠損症 | | | 受付種別 | <input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → () | | |
| 保険情報 | 保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 年 月 日 | | | | | | |
| 氏名 | (セイメイ) (姓名) | | 以前の登録氏名 (変更のある場合) | (セイメイ) (姓名) | | | |
| 住所 | 郵便番号 (-) 都道府県 () 市区町村 () 丁目番地等 () | | | | | | |
| 生年月日 | 年 月 日 | | | 性別 | 男性 ・ 女性 ・ 性別未決定 | | |
| 出生地 | 都道府県 () 市区町村 () | | | | | | |
| 出生体重 | g | 出生週数 | 在胎 週 日 | | | | |
| 発症時期 | 年 月 頃 | | 記載時の年齢 | 満 歳 か月 日 | | | |
| 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 | % |
| 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 | | | | | | | |
| 最終受診日 | (年 月 日) | | | | | | |
| 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] | | | | | |
| | その他 | 腹部膨満・腹鳴: [なし ・ あり] 詳細: () | | | | | |
| 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 エンテロキナーゼ: ()ng/mL トリプシン: ()ng/mL | | |
| | 膵管粘膜生検: [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 | | |

| | |
|---------|--|
| 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 () |
|---------|--|

| 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 |
| 医療機関所在地 | 診断年月日 年 月 日 |
| 電話番号 | 診療科 |
| | 医師名 |
| | 小児慢性特定疾病 指定医番号 () |

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

| 行政記載欄 | |
|---------|--|
| 担当自治体 | |
| 受理日 | 年 月 日 |
| 公費負担者番号 | |
| 認定結果 | [認定 ・ 不認定] |
| 研究同意の有無 | [有 ・ 無] |
| 受給者番号 | 受給者番号 () 有効期限 年 月 日 |
| 階層区分 | [生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他] |
| 保険情報 | 保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 年 月 日 |