

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 → ()			
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 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(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:()									
その他	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]									
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							
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]									
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 ()