

告示番号		29		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	7 微絨毛封入体病							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	水様性下痢: [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: () 絶食で下痢が止まる: [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	水様性下痢: [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: () 絶食で下痢が止まる: [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		
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	腸管粘膜生検: [未実施 ・ 実施]			実施日: (年 月 日)														
画像検査	内視鏡検査 (消化管): [未実施 ・ 実施]			実施日: (年 月 日)														
遺伝学的検査	遺伝子検査: [未実施 ・ 実施]			実施日: (年 月 日)														
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		
便検査	便pH: ()			便中ナトリウム: ()mEq/L			便中還元糖: ()g/dL											

告示番号 29 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	
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：()
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：()
遺伝学的検査	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 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] 経腸栄養：[なし ・ あり]
手術	手術：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日：(年 月 日) 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 ()