

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 (継続申請用)		1/2	
病名	7 微絨毛封入体病							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						
	年 月 日	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 ( 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 : ( ) 絶食で下痢が止まる : [ なし ・ あり ] 水様性下痢 : [ 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 ( 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	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  
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 ( )