

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		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
	血清アミラーゼ: () U/L		血清リパーゼ: () 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)		酵素活性: ()				
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]				
遺伝学的検査	遺伝子検査: [未実施 ・ 実施]		実施日: (年 月 日)						
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: ()				
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 ()