

病名	8 腸リンパ管拡張症					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	全身	浮腫: [なし ・ あり] 詳細: ()							
	消化器	下痢: [なし ・ あり] 詳細: ()							
		嘔吐: [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	全身	浮腫: [なし ・ あり] 詳細: ()							
	消化器	下痢: [なし ・ あり] 詳細: ()							
		嘔吐: [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	白血球数: ()/μL		リンパ球: ()%		ヘモグロビン (Hb): ()g/dL		血小板数: ()×10 ⁴ /μL		
	血清総蛋白: ()g/dL		AST: ()U/L		ALT: ()U/L		LDH: ()U/L		
	γ-GTP: ()U/L		PT: ()秒		PT: ()%		PT-INR: ()		HPT: ()%
病理検査	腸管粘膜生検: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()								
α1アンチトリプシン・クリアランス試験	α1アンチトリプシン・クリアランス試験: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 便中α1アンチトリプシン: ()mg/dL 便量: ()mL/day				血清α1アンチトリプシン: ()mg/dL クリアランス: ()mL/day 胃酸分泌抑制剤の併用: [なし ・ あり]				
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: ()								
検査所見 (その他)	検査所見 (その他): ()								
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載									
血液検査	白血球数: ()/μL		リンパ球: ()%		ヘモグロビン (Hb): ()g/dL		血小板数: ()×10 ⁴ /μL		
	血清総蛋白: ()g/dL		AST: ()U/L		ALT: ()U/L		LDH: ()U/L		
	γ-GTP: ()U/L		PT: ()秒		PT: ()%		PT-INR: ()		HPT: ()%
病理検査	腸管粘膜生検: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()								

告示番号 27 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

α1アンチトリプシン・クリアランス試験	α1アンチトリプシン・クリアランス試験：[未実施 ・ 実施] 便中α1アンチトリプシン：()mg/dL 便量：()mL/day	実施日：(年 月 日) 血清α1アンチトリプシン：()mg/dL クリアランス：()mL/day 胃酸分泌抑制の併用：[なし ・ あり]
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：()	
検査所見 (その他)	検査所見 (その他)：()	

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：()
既往歴	Fontan手術の既往※：[なし ・ あり] (※ Fontan手術後など先天性心疾患に起因する症例は、慢性心疾患の原疾病にて申請すること)

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：()
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 ()