

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)		1/2	
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				血清α1アンチトリプシン: ()mg/dL				
	便量: ()mL/day				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): ()												
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] 部位：[上部 ・ 下部 ・ 上部/下部両方] 所見：()	実施日：(年 月 日)	
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	
		小児慢性特定疾病 指定医番号 ()	