

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 (継続申請用)		1/2	
病名	8 腸リンパ管拡張症								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		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	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 (申請時) ※直近の状況を記載													
血液検査	白血球数 : () / μ L		リンパ球 : () %		ヘモグロビン (Hb) : () g/dL		血小板数 : () $\times 10^4 / \mu$ L						
	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 : ()												
$\alpha 1$ アンチトリプシン・クリアランス試験	$\alpha 1$ 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 $\alpha 1$ アンチトリプシン : () mg/dL 便量 : () mL/day				血清 $\alpha 1$ 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
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 ()