

病名	9 家族性腺腫性ポリポーシス					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	消化器	血便: [なし ・ あり] 詳細: ()						
		便通異常: [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	消化器	血便: [なし ・ あり] 詳細: ()						
		便通異常: [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		ヘモグロビン (Hb): ()g/dL		血小板数: ()×10 ⁴ /μL		AST: ()U/L	
			ALT: ()U/L		LDH: ()U/L		γ-GTP: ()U/L	
病理検査	腸管粘膜生検: [未実施 ・ 実施] 実施日: () 年 月 日) 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: ()							
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		ヘモグロビン (Hb): ()g/dL		血小板数: ()×10 ⁴ /μL		AST: ()U/L	
			ALT: ()U/L		LDH: ()U/L		γ-GTP: ()U/L	
病理検査	腸管粘膜生検: [未実施 ・ 実施] 実施日: () 年 月 日) 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: ()							
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: ()
家族歴	本疾患の家族歴: [なし ・ あり ・ 不明] 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: ()
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 _____ 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 (_____)