

| 告示番号                                    |  | 39                                       |             | 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                                      | 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<br>氏名<br>(Alphabet)                |  |  |             |                           |                      |                      | (変更があった場合)<br>ふりがな<br>以前の登録氏名<br>(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<br>身長・体重                            | 身長<br>(測定日)  | cm ( SD)                                 |             |                           | 体重<br>(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 (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 ]<br>詳細: ( )               |             |                           |                      |                      |   |                   |               |                             |                               |     |               |
|   |  | 便通異常: [ なし ・ あり ]<br>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 ]<br>詳細: ( )               |             |                           |                      |                      |   |                   |               |                             |                               |     |               |
|   |  | 便通異常: [ なし ・ あり ]<br>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   |  | AST: ( )U/L |                           | ヘモグロビン (Hb): ( )g/dL |                      | ALT: ( )U/L                                 |                   | LDH: ( )U/L   |                             | 血小板数: ( )×10 <sup>4</sup> /μL |     | 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 )<br>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 )<br>部位: [ 上部 ・ 下部 ・ 上部/下部両方 ]<br>所見: ( )   |  |             |                           |                      |                      |   |                   |               |                             |                               |     |               |
| 遺伝学的検査                                  | 遺伝子検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )<br>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   |  | AST: ( )U/L |                           | ヘモグロビン (Hb): ( )g/dL |                      | ALT: ( )U/L                                 |                   | LDH: ( )U/L   |                             | 血小板数: ( )×10 <sup>4</sup> /μL |     | 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 )<br>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 )<br>部位: [ 上部 ・ 下部 ・ 上部/下部両方 ]<br>所見: ( )   |  |             |                           |                      |                      |   |                   |               |                             |                               |     |               |
| 遺伝学的検査                                  | 遺伝子検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )<br>所見: ( )  |  |             |                           |                      |                      |   |                   |               |                             |                               |     |               |
| 検査所見 (その他)                              | 検査所見 (その他): ( )  |  |             |                           |                      |                      |   |                   |               |                             |                               |     |               |

|   |   |       |
|---|---|-------|
| 告示番号 <b>39</b> 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   |
| 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 ]<br>詳細: ( )                                   |       |
| 家族歴   | 本疾患の家族歴: [ なし ・ あり ・ 不明 ]<br>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 ]<br>詳細: ( )                                  |       |
| 手術  | 手術: [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ] 実施日: ( 年 月 日 )<br>術式: ( )<br>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   |       |
|   | 小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )  |       |