

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 (継続申請用)

病名	9 家族性腺腫性ポリポーシス					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	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	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(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	
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	()				