

告示番号		40		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	10 若年性ポリポーシス										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:()/ μ L		ヘモグロビン(Hb):()g/dL		血小板数:() $\times 10^4$ / μ L		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:()/ μ L		ヘモグロビン(Hb):()g/dL		血小板数:() $\times 10^4$ / μ L		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):()												

告示番号 40 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] 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	
	小児慢性特定疾病 指定医番号 ()	