

病名	11 ポイツ・ジェガース (Peutz-Jeghers) 症候群					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 <sup>4</sup> /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 <sup>4</sup> /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 ( )