

告示番号 **41** 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	11 ポイツ・ジェガース (Peutz-Jeghers) 症候群					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			肥満度			
		年	月	日		年	月	日					%		
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: () / μ L	ヘモグロビン (Hb): () g/dL	血小板数: () $\times 10^4 / \mu$ 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): ()														
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	()				