

告示番号		38		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	12 カウデン (Cowden) 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 : () / 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 38		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	()		