

告示番号		19		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	13 周期性嘔吐症候群								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	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	嘔吐発作①: 発作開始日:(年 月 日) 発作終了日:(年 月 日) 嘔吐の回数:()回/時間 他の疾患(感染症、代謝異常など)による嘔吐を除外:[できない ・ できる]											
		嘔吐発作②: 発作開始日:(年 月 日) 発作終了日:(年 月 日) 嘔吐の回数:()回/時 他の疾患(感染症、代謝異常など)による嘔吐を除外:[できない ・ できる]											
		嘔吐発作③: 発作開始日:(年 月 日) 発作終了日:(年 月 日) 嘔吐の回数:()回/時 他の疾患(感染症、代謝異常など)による嘔吐を除外:[できない ・ できる]											
		嘔吐発作④: 発作開始日:(年 月 日) 発作終了日:(年 月 日) 嘔吐の回数:()回/時 他の疾患(感染症、代謝異常など)による嘔吐を除外:[できない ・ できる]											
		嘔吐発作⑤: 発作開始日:(年 月 日) 発作終了日:(年 月 日) 嘔吐の回数:()回/時 他の疾患(感染症、代謝異常など)による嘔吐を除外:[できない ・ できる]											
	その他	発作間欠期の症状:[なし ・ あり] 予想可能な周期か:[不可能 ・ 可能] 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	過去1年間の嘔吐発作回数:()回											
		嘔吐発作 (直近): 発作開始日:(年 月 日) 発作終了日:(年 月 日) 嘔吐の回数:()回/時間 他の疾患(感染症、代謝異常など)による嘔吐を除外:[できない ・ できる]											
その他	発作間欠期の症状:[なし ・ あり] 予想可能な周期か:[不可能 ・ 可能] 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													
検査所見	検査所見:()												
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
検査所見	検査所見:()												
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] 片頭痛:[なし ・ あり] 食道炎:[なし ・ あり] 合併症 (その他):()												
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:()												
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
医療機関住所

記載年月日 年 月 日

診療科
医師名

小児慢性特定疾病 指定医番号 ()