

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 (継続申請用)

病名	<b>13 周期性嘔吐症候群</b>					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		
	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(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(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						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					( )	