

告示番号		1		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	14 潰瘍性大腸炎								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	全身	成長障害:低身長 (-2.0SD以下): [ なし ・ あり ]											
		詳細: ( )											
	消化器	発熱: [ なし ・ あり ]											
		詳細: ( )											
その他	排便状況:回数: [ 6回未満/日 ・ 6回以上/日 ] 顕血便: [ なし ・ あり ]												
	詳細: ( )												
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
症状	全身	成長障害:低身長 (-2.0SD以下): [ なし ・ あり ]											
		詳細: ( )											
	消化器	発熱: [ なし ・ あり ]											
		詳細: ( )											
その他	排便状況:回数: [ 6回未満/日 ・ 6回以上/日 ] 顕血便: [ なし ・ あり ]												
	詳細: ( )												
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													
細菌検査	便培養: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )												
所見: ( )													
病理検査	消化管生検: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )												
部位: [ 食道 ・ 胃 ・ 十二指腸 ・ 空腸 ・ 回腸 ・ 結腸 ・ 直腸 ]													
所見: ( )													
画像検査	注腸造影: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )												
	所見: ( )												
検査所見 (その他)	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: ( )													
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
細菌検査	便培養: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )												
所見: ( )													
病理検査	消化管生検: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )												
部位: [ 食道 ・ 胃 ・ 十二指腸 ・ 空腸 ・ 回腸 ・ 結腸 ・ 直腸 ]													
所見: ( )													

告示番号 1		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		
画像検査	注腸造影: [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日: ( 年 月 日 )		所見: ( )				
	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 ]				
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 ]							
経過 (申請時) ※直近の状況を記載								
薬物療法	ステロイド薬: [ なし ・ あり ]	プレドニゾン換算投与量: ( )mg/日						
	タクロリムス: [ なし ・ あり ]	シクロスポリン: [ なし ・ あり ]	アザチオプリン: [ なし ・ あり ]					
栄養管理		中心静脈栄養: [ なし ・ あり ]		経腸栄養: [ なし ・ あり ]				
血液浄化		血球成分除去 (白血球除去) 療法: [ 未実施 ・ 実施 ]						
手術	手術①: [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ]	実施日: ( 年 月 日 )		術式: ( )				
	所見: ( )							
	手術②: [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ]	実施日: ( 年 月 日 )		術式: ( )				
	所見: ( )							
	手術③: [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ]	実施日: ( 年 月 日 )		術式: ( )				
所見: ( )								
手術④: [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ]	実施日: ( 年 月 日 )		術式: ( )					
所見: ( )								
手術⑤: [ 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 ( )						