

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: ()								
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: ()									
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									
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：()
	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 (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 [なし ・ あり]
詳細：()

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] プレドニゾロン換算投与量：()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]
6-MP：[なし ・ あり] インフリキシマブ：[なし ・ あり]
薬物療法 (その他)：()

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 (印)
小児慢性特定疾病 指定医番号 ()