

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 (継続申請用)		1/2	
病名	14 潰瘍性大腸炎										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			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	全身	成長障害:低身長 (-2.0SD以下): [ なし ・ あり ] 詳細:( )											
		発熱: [ なし ・ あり ] 詳細:( )											
	消化器	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:( )											
		腹痛: [ なし ・ あり ]											
その他	症状 (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	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:( )												

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 (継続申請用)	2/2
手術	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 ( )		