

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	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:( )								
	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(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:( )									

