

告示番号		2		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	15 クローン (Crohn) 病								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		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:() 発熱:[なし ・ あり]											
	消化器	下痢:[なし ・ あり]		腹痛:[なし ・ あり]		肛門膿瘍:[なし ・ あり]		肛門瘻孔:[なし ・ あり]				()	
	その他	症状 (その他):()											
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]											
	消化器	下痢:[なし ・ あり]		腹痛:[なし ・ あり]		肛門膿瘍:[なし ・ あり]		肛門瘻孔:[なし ・ あり]				()	
	その他	症状 (その他):()											
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:()												
	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):()												

告示番号 **2** 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**

その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載	
合併症	原発性硬化性胆管炎:[なし ・ あり] 血管炎:[なし ・ あり] 膵炎:[なし ・ あり] 胆石症:[なし ・ あり] 尿路結石症:[なし ・ あり] 肝障害:[なし ・ あり] アミロイドーシス:[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	ステロイド薬:[なし ・ あり] プレドニゾロン換算投与量:()mg/日 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] アダリブマブ:[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	顆粒球吸着療法:[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 医療機関住所	記載年月日 年 月 日 診療科 医師名 小児慢性特定疾病 指定医番号 ()