

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		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 ]		
消化管症状 (その他): ( )									
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 ]		
消化管症状 (その他): ( )									
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): ( )								

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 (印) 小児慢性特定疾病 指定医番号 (      )