

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 (継続申請用)		1/2	
病名	15 クローン (Crohn) 病								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: ( ) 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 (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: ( )												

告示番号 <b>2</b>		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③: [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ] 実施日: (      年      月      日 )						
	術式: ( )						
	所見: ( )						
手術	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	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 (      )			