

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	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 ] 脾炎:[ 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:( )										

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: ( )  
 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 (印)  
 小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )