

告示番号		4		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	16 早期発症型炎症性腸疾患										受付種別	<input type="checkbox"/> 新規	
受給者番号				受診日	年 月 日								
ふりがな								(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)					
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	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													
発症時期	発症時期: (歳 か月)												
症状	消化器	下痢: [なし ・ あり] 血便: [なし ・ あり] 肛門周囲病変: [なし ・ あり] 詳細: ()											
	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	消化器	下痢: [なし ・ あり] 血便: [なし ・ あり] 肛門周囲病変: [なし ・ あり] 詳細: ()											
	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													
血液検査	白血球数: () / μ L ヘモグロビン (Hb): () g/dL 血小板数: () $\times 10^4$ / μ L 血清総蛋白: () g/dL 血清アルブミン: () g/dL 血清総ビリルビン (T-Bil): () mg/dL 血清直接ビリルビン (D-Bil): () mg/dL AST: () U/L ALT: () U/L LDH: () U/L γ -GTP: () U/L BUN: () mg/dL 血清クレアチニン: () mg/dL 血清鉄 (Fe): () μ g/dL UIBC: () μ g/dL フェリチン: () ng/mL ・ 未実施 α -フェトプロテイン (AFP): () ng/mL ・ 未実施												
	細菌検査	便培養: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) クロストリジウム抗原: [未実施 ・ 陰性 ・ 陽性] 所見: ()											
病理検査	腸管粘膜生検: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 所見: ()												
画像検査	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													
血液検査	白血球数: () / μ L ヘモグロビン (Hb): () g/dL 血小板数: () $\times 10^4$ / μ L 血清総蛋白: () g/dL 血清アルブミン: () g/dL 血清総ビリルビン (T-Bil): () mg/dL 血清直接ビリルビン (D-Bil): () mg/dL AST: () U/L ALT: () U/L LDH: () U/L γ -GTP: () U/L BUN: () mg/dL 血清クレアチニン: () mg/dL 血清鉄 (Fe): () μ g/dL UIBC: () μ g/dL フェリチン: () ng/mL ・ 未実施 α -フェトプロテイン (AFP): () ng/mL ・ 未実施												
	細菌検査	便培養: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) クロストリジウム抗原: [未実施 ・ 陰性 ・ 陽性] 所見: ()											

告示番号 4 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
病理検査	腸管粘膜生検：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()	
画像検査	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	薬物療法：[なし ・ あり] 詳細：()	
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 ()	