

病名	<b>16 早期発症型炎症性腸疾患</b>					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										
発症時期	発症時期:( 歳 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:( )/μL	ヘモグロビン(Hb):( )g/dL	血小板数:( )×10 <sup>4</sup> /μL							
	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	血清総ビリルビン(T-Bil):( )mg/dL							
	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):( )μg/dL							
	UIBC:( )μg/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 ]					
病理検査	腸管粘膜生検:[ 未実施・実施 ]		実施日:( 年 月 日 )							
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:( )/μL	ヘモグロビン(Hb):( )g/dL	血小板数:( )×10 <sup>4</sup> /μL							
	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	血清総ビリルビン(T-Bil):( )mg/dL							
	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):( )μg/dL							
	UIBC:( )μg/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 (印)

小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )