

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 (継続申請用)

病名	<b>16 早期発症型炎症性腸疾患</b>			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

臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載

症状	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 (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	γ-GTP: ( )U/L
	ALT: ( )U/L	LDH: ( )U/L	BUN: ( )mg/dL
	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): ( )
------------	-----------------

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 ( )	