

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	16 早期発症型炎症性腸疾患					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	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(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 ⁴ /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	血清鉄(Fe):()μg/dL								
	BUN:()mg/dL	血清クレアチニン:()mg/dL	α-フェトプロテイン(AFP):()ng/mL・未実施								
	UIBC:()μg/dL	フェリチン:()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):()										
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 ()						
(印)											