

病名	17 自己免疫性腸症 (IPEX症候群を含む。)			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		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	治療 ・ 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 (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	下痢: [ なし ・ あり ] 詳細: ( )
	血便: [ なし ・ あり ] 食事療法または TPN で症状が改善: [ なし ・ あり ]
	その他 症状 (その他): ( )

臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載

発症時期	発症時期: ( 歳 か月 )
症状	下痢: [ なし ・ あり ] 詳細: ( )
	血便: [ なし ・ あり ] 食事療法または TPN で症状が改善: [ なし ・ あり ]
	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: ( ) / $\mu$ L	白血球分画: リンパ球: ( ) %	血清総蛋白: ( ) g/dL	
	ヘモグロビン (Hb): ( ) g/dL	血小板数: ( ) $\times 10^4 / \mu$ L	血清直接ビリルビン (D-Bil): ( ) mg/dL	
	血清アルブミン: ( ) g/dL	血清総ビリルビン (T-Bil): ( ) mg/dL	血清クレアチニン: ( ) mg/dL	
	AST: ( ) U/L	ALT: ( ) U/L	LDH: ( ) U/L	
	$\gamma$ -GTP: ( ) U/L	BUN: ( ) mg/dL	フェリチン: ( ) ng/mL ・ 未実施	
	血清鉄 (Fe): ( ) $\mu$ g/dL	UIBC: ( ) $\mu$ g/dL	血清 IgG: ( ) mg/dL	
	$\alpha$ -フェトプロテイン (AFP): ( ) ng/mL ・ 未実施	血清 IgA: ( ) mg/dL	血清 IgM: ( ) mg/dL	
	血清 IgG: ( ) mg/dL			
	細菌検査	便培養: [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日: ( 年 月 日 )	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: ( ) / $\mu$ L	白血球分画: リンパ球: ( ) %	血清総蛋白: ( ) g/dL	
	ヘモグロビン (Hb): ( ) g/dL	血小板数: ( ) $\times 10^4 / \mu$ L	血清直接ビリルビン (D-Bil): ( ) mg/dL	
	血清アルブミン: ( ) g/dL	血清総ビリルビン (T-Bil): ( ) mg/dL	血清クレアチニン: ( ) mg/dL	
	AST: ( ) U/L	ALT: ( ) U/L	LDH: ( ) U/L	
	$\gamma$ -GTP: ( ) U/L	BUN: ( ) mg/dL	フェリチン: ( ) ng/mL ・ 未実施	
	血清鉄 (Fe): ( ) $\mu$ g/dL	UIBC: ( ) $\mu$ g/dL	血清 IgG: ( ) mg/dL	
	$\alpha$ -フェトプロテイン (AFP): ( ) ng/mL ・ 未実施	血清 IgA: ( ) mg/dL	血清 IgM: ( ) mg/dL	
	血清 IgG: ( ) mg/dL			
	細菌検査	便培養: [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日: ( 年 月 日 )	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): ( )			

**告示番号 3 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**

細菌検査	便培養：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 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：( )
栄養管理	中心静脈栄養：[ なし ・ あり ] 経腸栄養：[ なし ・ あり ]
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 ( )