

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)		1/2			
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] 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	消化器	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: ()/μL			白血球分画: リンパ球: ()%			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			AST: ()U/L			ALT: ()U/L			血清直接ビリルビン (D-Bil): ()mg/dL		
	γ-GTP: ()U/L			BUN: ()mg/dL			LDH: ()U/L			血清クレアチニン: ()mg/dL					
	血清鉄 (Fe): ()μg/dL			UIBC: ()μg/dL			α-フェトプロテイン (AFP): ()ng/mL・未実施			フェリチン: ()ng/mL・未実施					
	血清IgG: ()mg/dL			血清IgA: ()mg/dL			血清IgM: ()mg/dL								
	便培養: [未実施 ・ 実施]												実施日: (年 月 日)		
	腸管粘膜生検: [未実施 ・ 実施]												実施日: (年 月 日)		
	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			白血球分画: リンパ球: ()%			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			AST: ()U/L			ALT: ()U/L			血清直接ビリルビン (D-Bil): ()mg/dL		
	γ-GTP: ()U/L			BUN: ()mg/dL			LDH: ()U/L			血清クレアチニン: ()mg/dL					
	血清鉄 (Fe): ()μg/dL			UIBC: ()μg/dL			α-フェトプロテイン (AFP): ()ng/mL・未実施			フェリチン: ()ng/mL・未実施					
	血清IgG: ()mg/dL			血清IgA: ()mg/dL			血清IgM: ()mg/dL								

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
 小児慢性特定疾病 指定医番号 ()