

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 (継続申請用)		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"/> 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	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																		
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 (申請時) ※直近の状況を記載																		
血液検査	白血球数: () / μ L	ヘモグロビン (Hb): () g/dL		血清アルブミン: () g/dL	AST: () U/L	γ -GTP: () U/L	血清鉄 (Fe): () μ g/dL	α -フェトプロテイン (AFP): () ng/mL ・ 未実施	血清 IgG: () mg/dL	白血球分画: リンパ球: () %	血小板数: () $\times 10^4 / \mu$ L	血清総蛋白: () 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	LDH: () U/L	血清クレアチニン: () mg/dL	フェリチン: () ng/mL ・ 未実施	血清 IgM: () 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): ()																	
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
医療機関住所

記載年月日 年 月 日

診療科
医師名

小児慢性特定疾病 指定医番号 ()