

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	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:( )/μL	白血球分画:リンパ球:( )%									
	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	ALT:( )U/L	LDH:( )U/L								
	γ-GTP:( )U/L	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	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):( )										
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 ( )

(印)