

告示番号		33		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	18 非特異性多発性小腸潰瘍症							受付種別	<input type="checkbox"/> 新規				
受給者番号			受診日	年 月 日									
ふりがな						(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)							
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 (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													
症状	全身	貧血: [なし ・ あり]											
		浮腫: [なし ・ あり]											
		詳細 ()											
	消化器	成長障害: 低身長 (-2.0SD 以下): [なし ・ あり]											
		詳細 ()											
		腹痛: [なし ・ あり]											
皮膚・粘膜	皮膚肥厚: [なし ・ あり]					頭部脳回転状皮膚: [なし ・ あり]							
筋・骨格	長管骨を主とする骨膜性骨肥厚: [なし ・ あり]												
その他	ばち指: [なし ・ あり]												
症状 (その他): ()													
臨床所見 (申請時) ※ 直近の状況を記載													
症状	全身	貧血: [なし ・ あり]											
		浮腫: [なし ・ あり]											
		詳細 ()											
	消化器	成長障害: 低身長 (-2.0SD 以下): [なし ・ あり]											
		詳細 ()											
		腹痛: [なし ・ あり]											
皮膚・粘膜	皮膚肥厚: [なし ・ あり]					頭部脳回転状皮膚: [なし ・ あり]							
筋・骨格	長管骨を主とする骨膜性骨肥厚: [なし ・ あり]												
その他	ばち指: [なし ・ あり]												
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	ヘモグロビン (Hb): () g/dL 平均赤血球容積 (MCV): () fL 血清アルブミン: () g/dL												
便検査	複数回の便潜血陽性: [なし ・ あり]												
病理検査	切除標本所見: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) すべてUL-IIまでにとどまる非特異性潰瘍: [なし ・ あり] 回腸に近接、多発する境界鮮鋭で平坦な潰瘍またはその瘢痕: [なし ・ あり] 潰瘍は地図状ないしテープ状で、横走、斜走する: [なし ・ あり] 所見 (その他): ()												
画像検査	消化管造影: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 部位: () 近接、多発する非対称性狭窄、変形: [なし ・ あり]												
	内視鏡検査 (消化管): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 部位: () 近接、多発し、境界鮮鋭で浅く斜走、横走する地図状、テープ状潰瘍: [なし ・ あり]												

告示番号 33 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

遺伝学的検査	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) SLCO2A1遺伝子異常：[なし ・ あり] 詳細：()		
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	ヘモグロビン (Hb)：()g/dL	平均赤血球容積 (MCV)：()fl	血清アルブミン：()g/dL
便検査	複数回の便潜血陽性：[なし ・ あり]		
病理検査	切除標本所見：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) すべてUL-Ⅱまでにとどまる非特異性潰瘍：[なし ・ あり] 回腸に近接、多発する境界鮮鋭で平坦な潰瘍またはその瘢痕：[なし ・ あり] 潰瘍は地図状ないしテープ状で、横走、斜走する：[なし ・ あり] 所見 (その他)：()		
画像検査	消化管造影：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 部位：() 近接、多発する非対称性狭窄、変形：[なし ・ あり]		
	内視鏡検査 (消化管)：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 部位：() 近接、多発し、境界鮮鋭で浅く斜走、横走する地図状、テープ状潰瘍：[なし ・ あり]		
遺伝学的検査	遺伝子検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) SLCO2A1遺伝子異常：[なし ・ あり] 詳細：()		
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			
鑑別診断	腸結核：[除外可能 ・ 除外不可 ・ 不明] クローン病：[除外可能 ・ 除外不可 ・ 不明] 腸管ペーチェット病/単純性潰瘍：[除外可能 ・ 除外不可 ・ 不明] 薬剤性腸炎：[除外可能 ・ 除外不可 ・ 不明]		
合併症	腸管狭窄による腸閉塞：[なし ・ あり] 合併症 (その他)：[なし ・ あり] 詳細：()		
家族歴	本疾患の家族歴：[なし ・ あり ・ 不明] 詳細：()		
経過 (申請時) ※直近の状況を記載			
薬物療法	鉄剤：[なし ・ あり] 薬物療法 (その他)：[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]		
手術	手術①：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日：(年 月 日) 術式：() 所見：()		
	手術②：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日：(年 月 日) 術式：() 所見：()		
	手術③：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日：(年 月 日) 術式：() 所見：()		
治療	多汗症に対する治療：()		
	皮膚肥厚に対する治療：()		
	眼瞼下垂に対する治療：()		
	関節症状に対する治療：()		
	リンパ浮腫に対する治療：()		
多発性小腸潰瘍に対する治療：()			
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 ()