

告示番号 <b>33</b>		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	18 非特異性多発性小腸潰瘍症			受付種別	<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ( )	
保険情報	保険者番号 ( ) 被保険者記号 ( ) 被保険者番号 ( ) 被保険者個人単位枝番 ( ) 資格取得年月日 年 月 日					
氏名	(セイメイ) (姓名)		以前の登録氏名 (変更のある場合)	(セイメイ) (姓名)		
住所	郵便番号 ( - ) 都道府県 ( ) 市区町村 ( ) 丁目番地等 ( )					
生年月日	年 月 日			性別	男性 ・ 女性 ・ 性別未決定	
出生地	都道府県 ( ) 市区町村 ( )					
出生体重	g	出生週数	在胎 週	日		
発症時期	年 月 頃		記載時の年齢	満 歳	か月 日	
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
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						
最終受診日	( 年 月 日 )					
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 ( )				
	皮膚・粘膜	腹痛: [ なし ・ あり ]				
筋・骨格	皮膚肥厚: [ なし ・ あり ] 頭部脳回転状皮膚: [ なし ・ あり ]					
	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 ]					
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癒痕: [ 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 ]			
	腸管バネレット病/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
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 ( )
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
医療機関所在地	診断年月日      年      月      日
電話番号	診療科
	医師名
	小児慢性特定疾病 指定医番号 (      )

・ 診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年      月      日
公費負担者番号	
認定結果	[ 認定 ・ 不認定 ]
研究同意の有無	[ 有 ・ 無 ]
受給者番号	受給者番号 (      ) 有効期限      年      月      日
階層区分	[ 生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他 ]
保険情報	保険者番号 (      ) 被保険者記号 (      )
	被保険者番号 (      ) 被保険者個人単位枝番 (      )
	資格取得年月日      年      月      日