

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 (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 → ( )				
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 (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 ( )											
		成長障害: 低身長 ( -2.0SD 以下 ): [ なし ・ あり ] 詳細 ( )											
	消化器	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 (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 (      )			