

告示番号		31		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	35 遺伝性膵炎							受付種別	<input type="checkbox"/> 新規				
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 (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	低身長 (-2.0SD以下): [ なし ・ あり ]											
		易疲労性: [ なし ・ あり ] 詳細: ( )											
	消化器	白色便: [ なし ・ あり ] 観察日: ( 年 月 日 ) 便色カード: ( ) 番											
		脂肪便: [ なし ・ あり ] 詳細: ( )											
		肝腫大 (触診): [ なし ・ あり ] 詳細: ( )											
	その他	特徴的な顔貌: [ なし ・ あり ] 詳細: ( )											
症状 (その他): ( )													
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
症状	全身	低身長 (-2.0SD以下): [ なし ・ あり ]											
		易疲労性: [ なし ・ あり ] 詳細: ( )											
	消化器	白色便: [ なし ・ あり ] 観察日: ( 年 月 日 ) 便色カード: ( ) 番											
		脂肪便: [ なし ・ あり ] 詳細: ( )											
		肝腫大 (触診): [ なし ・ あり ] 詳細: ( )											
	その他	特徴的な顔貌: [ なし ・ あり ] 詳細: ( )											
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	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			D/T比: ( )			AST: ( ) U/L						
血液検査	ALT: ( ) U/L			LDH: ( ) U/L			γ-GTP: ( ) U/L						
	ChE: ( ) U/L			血清アミラーゼ: ( ) U/L			血清リパーゼ: ( ) U/L						
	総胆汁酸: ( ) μmol/L			アンモニア (NH3): ( ) μg/dL			BUN: ( ) mg/dL						
	血清クレアチニン: ( ) mg/dL			PT: ( ) 秒			PT: ( ) %						
	PT-INR: ( )			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						
	超音波検査 (腹部): [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )												
	所見: ( )												
	画像検査	CT 検査 (腹部): [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )											
所見: ( )													
内視鏡的逆行性胆管膵管造影 (ERCP): [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )													
所見: ( )													

告示番号 **31** 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**

画像検査	磁気共鳴胆管膵管造影 (MRCP) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 所見 : ( )		
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	血清総蛋白 : ( )g/dL 血清直接ビリルビン (D-Bil) : ( )mg/dL ALT : ( )U/L ChE : ( )U/L 総胆汁酸 : ( ) $\mu$ mol/L 血清クレアチニン : ( )mg/dL PT-INR : ( ) $\alpha$ -フェトプロテイン (AFP) : ( )ng/mL・未実施	血清アルブミン : ( )g/dL D/T比 : ( ) LDH : ( )U/L 血清アミラーゼ : ( )U/L アンモニア (NH3) : ( ) $\mu$ g/dL PT : ( )秒 フェリチン : ( )ng/mL・未実施	血清総ビリルビン (T-Bil) : ( )mg/dL AST : ( )U/L $\gamma$ -GTP : ( )U/L 血清リパーゼ : ( )U/L BUN : ( )mg/dL PT : ( )%
画像検査	超音波検査 (腹部) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 所見 : ( )		
	CT検査 (腹部) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 所見 : ( )		
	内視鏡的逆行性胆管膵管造影 (ERCP) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 所見 : ( )		
	磁気共鳴胆管膵管造影 (MRCP) : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 ) 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 : ( )		
既往歴	再発性肺炎の既往 : [ 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	薬物療法 : [ なし ・ あり ] 詳細 : ( )		
血液浄化	腹膜透析 (慢性透析) : [ 未実施 ・ 実施 ] 導入年月 : ( 年 月 ) 血液透析 (慢性透析) : [ 未実施 ・ 実施 ] 導入年月 : ( 年 月 )		
移植	肝移植 : [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日 : ( 年 月 日 )		
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	記載年月日		年 月 日
医療機関住所	診療科		
	医師名		
	小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )		