

病名	<b>35 遺伝性膵炎</b>			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	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	
<b>臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載</b>						
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: ( )				
その他	特徴的な顔貌: [ なし ・ あり ] 詳細: ( )					
	症状 (その他): ( )					
<b>検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載</b>						
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			
	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					
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): ( )					
<b>その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載</b>						
合併症	合併症: [ なし ・ あり ] 詳細: ( )					
既往歴	再発性膵炎の既往: [ 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			(印)
	小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )			