

病名	36 自己免疫性膵炎					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	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	低身長(-2.0SD以下): [なし・あり]								
		体重増加不良: [なし・あり] 詳細: ()								
		易疲労性: [なし・あり] 詳細: ()								
	消化器	脂肪便: [なし・あり] 詳細: ()								
		黄疸: [なし・あり] 詳細: ()								
その他	症状(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			
	血清アマラーゼ: ()U/L			血清リパーゼ: ()U/L			BUN: ()mg/dL			
	血清クレアチニン: ()mg/dL			蛋白分画: γ-グロブリン分画: ()%・未実施						
	血清IgG: ()mg/dL			IgGサブクラス: IgG4: ()mg/dL・未実施						
リウマトイド因子(定量): ()IU/mL・未実施										
便検査	便潜血: [未実施・陰性・陽性]									
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: ()			
	MRI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: ()			
	内視鏡検査(下部消化管): [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 再発性膵炎の既往：[なし ・ あり]
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：()

内視鏡的治療 内視鏡的治療：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日)
詳細：()

手術 外科的治療：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日：(年 月 日)
術式：()
所見：()

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 ()