

告示番号		32		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	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		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): ()													

告示番号 32 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) 2/2	
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 小児慢性特定疾病 指定医番号 ()