

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 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	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 ()			