告示番号 3　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	17　自己免疫性腸症（IPEX症候群を含む。）	受付種別	□　新規

保険情報	保険者番号　（　　）　被保険者記号　（　　）　被保険者番号　（　　）　被保険者個人単位枝番　（　　） 資格取得年月日　　年　　月　　日				
氏名	（セイメイ） （姓名）	以前の登録氏名 （変更のある場合）	（セイメイ） （姓名）		
住所	郵便番号　（　　ー　　）　都道府県　（　　）　市区町村　（　　）　丁目番地等　（　　）				
生年月日	年　　月　　日		性別	男性　・　女性　・　性別未決定	
出生地	都道府県　（　　）　市区町村　（　　）				
出生体重	g	出生週数	在胎　　週　　日		
発症時期	年　　月　頃	記載時の年齢	満　　歳　　か月　　日		
現在の身長・体重	身長（測定日） cm（　　SD） 年　　月　　日	体重（測定日） kg（　　SD） 年　　月　　日	BMI		
			肥満度	%	
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

最終受診日		（　　年　　月　　日）
発症時期		発症時期：（　　歳　　か月）
症状	消化器	下痢：[なし　・　あり] 詳細：（　　）
		血便：[なし　・　あり]　　食事療法またはTPNで症状が改善：[なし　・　あり]
	その他	症状（その他）：（　　）

臨床所見（申請時）　※直近の状況を記載

発症時期		発症時期：（　　歳　　か月）
症状	消化器	下痢：[なし　・　あり] 詳細：（　　）
		血便：[なし　・　あり]　　食事療法またはTPNで症状が改善：[なし　・　あり]
	その他	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	白血球数：（　　）/μL　　白血球分画：リンパ球：（　　）% ヘモグロビン（Hb）：（　　）g/dL　　血小板数：（　　）×10⁴/μL　　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 AST：（　　）U/L　　ALT：（　　）U/L　　LDH：（　　）U/L γ-GTP：（　　）U/L　　BUN：（　　）mg/dL　　血清クレアチニン：（　　）mg/dL 血清鉄（Fe）：（　　）μg/dL　　UIBC：（　　）μg/dL　　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 血清IgG：（　　）mg/dL　　血清IgA：（　　）mg/dL　　血清IgM：（　　）mg/dL
細菌検査	便培養：[未実施　・　実施]　　実施日：（　　年　　月　　日） 所見：（　　）
病理検査	腸管粘膜生検：[未実施　・　実施]　　実施日：（　　年　　月　　日） 所見：（　　）
画像検査	内視鏡検査（消化管）：[未実施　・　実施]　　実施日：（　　年　　月　　日） 部位：[上部　・　下部　・　上部／下部両方] 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	白血球数：（　　）/μL　　白血球分画：リンパ球：（　　）% ヘモグロビン（Hb）：（　　）g/dL　　血小板数：（　　）×10⁴/μL　　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 AST：（　　）U/L　　ALT：（　　）U/L　　LDH：（　　）U/L γ-GTP：（　　）U/L　　BUN：（　　）mg/dL　　血清クレアチニン：（　　）mg/dL 血清鉄（Fe）：（　　）μg/dL　　UIBC：（　　）μg/dL　　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 血清IgG：（　　）mg/dL　　血清IgA：（　　）mg/dL　　血清IgM：（　　）mg/dL

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

告示番号 3　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

細菌検査	便培養：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　年　月　日 ） 所見：（　）
病理検査	腸管粘膜生検：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　年　月　日 ） 所見：（　）
画像検査	内視鏡検査（消化管）：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　年　月　日 ） 部位：[上部 ・ 下部 ・ 上部／下部両方] 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：（　）

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：（　）
栄養管理	中心静脈栄養：[なし ・ あり]　経腸栄養：[なし ・ あり]
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
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（　）

医療機関・医師署名

上記の通り診断します。

医療機関名
医療機関所在地
電話番号

記載年月日　年　月　日
診断年月日　年　月　日

診療科
医師名
小児慢性特定疾病 指定医番号　（　）

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄

担当自治体	
受理日	年　月　日
公費負担者番号	
認定結果	[認定 ・ 不認定]
研究同意の有無	[有 ・ 無]
受給者番号	受給者番号　（　）有効期限　年　月　日
階層区分	[生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]
保険情報	保険者番号　（　）被保険者記号　（　） 被保険者番号　（　）被保険者個人単位枝番　（　） 資格取得年月日　年　月　日