

告示番号		1		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〉										1/3	
病名		14 潰瘍性大腸炎														受付種別		<input type="checkbox"/> 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)										以前の登録氏名 (変更のある場合)				(セイメイ) (姓)													
住所		郵便番号 ( - ) 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)						体重 (測定日)		kg ( SD)						BMI											
				年 月 日								年 月 日						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		治療 ・ 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 )																											
症状		全身		成長障害：低身長 (−2.0SD以下)：[ なし ・ あり ] 詳細：( )																									
				発熱：[ なし ・ あり ] 詳細：( )																									
		消化器		排便状況：回数：[ 6回未満/日 ・ 6回以上/日 ] 顕血便：[ なし ・ あり ] 詳細：( )																									
				腹痛：[ 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																													
症状		全身		成長障害：低身長 (−2.0SD以下)：[ なし ・ あり ] 詳細：( )																									
				発熱：[ なし ・ あり ] 詳細：( )																									
		消化器		排便状況：回数：[ 6回未満/日 ・ 6回以上/日 ] 顕血便：[ なし ・ あり ] 詳細：( )																									
				腹痛：[ 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																													
細菌検査		便培養：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 所見：( )																											
病理検査		消化管生検：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 部位：[ 食道 ・ 胃 ・ 十二指腸 ・ 空腸 ・ 回腸 ・ 結腸 ・ 直腸 ] 所見：( )																											
画像検査		注腸造影：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 所見：( )																											
		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																													
細菌検査		便培養：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 所見：( )																											
病理検査		消化管生検：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 部位：[ 食道 ・ 胃 ・ 十二指腸 ・ 空腸 ・ 回腸 ・ 結腸 ・ 直腸 ] 所見：( )																											



