

告示番号		25		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		4 エンテロキナーゼ欠損症							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	消化器	下痢：[なし ・ あり] 発症時期：[生直後 ・ 新生児期 ・ 生後2〜3か月 ・ 生後4〜6か月 ・ 生後7〜9か月 ・ 生後10〜12か月 ・ 1歳 ・ 2歳 ・ 3歳以降] 詳細：()											
		腹部膨満・腹鳴：[なし ・ あり] 詳細：()											
	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	消化器	下痢：[なし ・ あり] 発症時期：[生直後 ・ 新生児期 ・ 生後2〜3か月 ・ 生後4〜6か月 ・ 生後7〜9か月 ・ 生後10〜12か月 ・ 1歳 ・ 2歳 ・ 3歳以降] 詳細：()											
		腹部膨満・腹鳴：[なし ・ あり] 詳細：()											
	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		血糖値 (随時)：()mg/dL			血清アルブミン：()g/dL			AST：()U/L					
		ALT：()U/L			LDH：()U/L			γ-GTP：()U/L					
		血清アミラーゼ：()U/L			血清リパーゼ：()U/L								
便検査		便pH：()			便中ナトリウム：()mEq/L			便中還元糖：()g/dL					
病理検査		十二指腸液検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) アミラーゼ：()U/L リパーゼ：()U/L エンテロキナーゼ：()ng/mL トリプシン：()ng/mL											
		腸管粘膜生検：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 酵素活性：() 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：()											
遺伝学的検査		遺伝子検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()											
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
血液検査		血糖値 (随時)：()mg/dL			血清アルブミン：()g/dL			AST：()U/L					
		ALT：()U/L			LDH：()U/L			γ-GTP：()U/L					
		血清アミラーゼ：()U/L			血清リパーゼ：()U/L								
便検査		便pH：()			便中ナトリウム：()mEq/L			便中還元糖：()g/dL					
病理検査		十二指腸液検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) アミラーゼ：()U/L リパーゼ：()U/L エンテロキナーゼ：()ng/mL トリプシン：()ng/mL											
		腸管粘膜生検：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 酵素活性：() 所見：()											

