

告示番号		31		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		6 リパーゼ欠損症								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) 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: ( )											
		脂肪摂取で悪化する: [ なし ・ あり ]      脂肪性下痢: [ なし ・ あり ]											
		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: ( )											
		脂肪摂取で悪化する: [ なし ・ あり ]      脂肪性下痢: [ なし ・ あり ]											
		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 ALT: ( )U/L 血清アミラーゼ: ( )U/L				血清アルブミン: ( )g/dL LDH: ( )U/L 血清リパーゼ: ( )U/L				AST: ( )U/L γ-GTP: ( )U/L			
便検査		便pH: ( ) 便脂肪染色: [ - ・ + ・ ++ ・ +++ ]				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: ( )											
汗クロライド検査		汗クロライド検査: [ 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 (申請時) ※直近の状況を記載													
血液検査		血糖値 (随時): ( )mg/dL ALT: ( )U/L 血清アミラーゼ: ( )U/L				血清アルブミン: ( )g/dL LDH: ( )U/L 血清リパーゼ: ( )U/L				AST: ( )U/L γ-GTP: ( )U/L			

