

告示番号		42		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		11 ポイツ・ジェガース (Peutz-Jeghers) 症候群								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	血便: [なし ・ あり] 詳細: ()													
		便通異常: [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	血便: [なし ・ あり] 詳細: ()													
		便通異常: [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		白血球数: ()/μL ヘモグロビン (Hb): ()g/dL 血小板数: () × 10 ⁴ /μL AST: () U/L ALT: () U/L LDH: () U/L γ-GTP: () U/L													
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: ()													
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 (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 ヘモグロビン (Hb): ()g/dL 血小板数: () × 10 ⁴ /μL AST: () U/L ALT: () U/L LDH: () U/L γ-GTP: () U/L													
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: ()													
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 (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：()
-----	---------------------------

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	薬物療法：[なし ・ あり] 詳細：()
------	----------------------------

[illegible]

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	記載年月日	年	月	日
医療機関所在地	診断年月日	年	月	日
電話番号	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 () 被保険者個人単位校番 () 資格取得年月日 年 月 日