

告示番号		27		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		3 先天性グルコース・ガラクトース吸収不良症								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 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] ブドウ糖摂取で下痢する:[なし ・ あり] ブドウ糖除去で便が正常化:[なし ・ あり] 果糖乳で下痢が改善:[なし ・ あり]											
		反復性の痙攣性腹痛:[なし ・ あり] 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] ブドウ糖摂取で下痢する:[なし ・ あり] ブドウ糖除去で便が正常化:[なし ・ あり] 果糖乳で下痢が改善:[なし ・ あり]											
		反復性の痙攣性腹痛:[なし ・ あり] 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 ALT:()U/L				血清アルブミン:()g/dL LDH:()U/L				AST:()U/L γ-GTP:()U/L			
便検査		便pH:()				便中ナトリウム:()mEq/L				便中還元糖:()g/dL			
負荷試験		経口ブドウ糖負荷試験:[未実施 ・ 実施] 実施日:(年 月 日) 所見:()											
		経口ショ糖負荷試験:[未実施 ・ 実施] 実施日:(年 月 日) 所見:()											
		経口果糖負荷試験:[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) 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:()											

