告示番号 29　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	1　乳糖不耐症	受付種別	□ 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） （姓名）	以前の登録氏名 （変更のある場合）	（セイメイ） （姓名）		
住所	郵便番号（　　ー　　）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	治癒 ・ 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] 乳糖摂取で下痢をする：[なし ・ あり]　乳糖除去で便が正常化：[なし ・ あり]
		反復性の疝性腹痛：[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] 乳糖摂取で下痢をする：[なし ・ あり]　乳糖除去で便が正常化：[なし ・ あり]
		反復性の疝性腹痛：[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	血清アルブミン：（　　）g/dL	AST：（　　）U/L
	ALT：（　　）U/L	LDH：（　　）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	経口乳糖負荷試験：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　　年　　月　　日）		
	所見：（　　）		
	経口ブドウ糖負荷試験：[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：（　　）		

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
便検査	便pH：（　　）	便中ナトリウム：（　　）mEq/L	便中還元糖：（　　）g/dL

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

告示番号 29　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〉　2/2

負荷試験	経口乳糖負荷試験：[未実施 ・ 実施]　実施日：（　年　月　日 ） 所見：（　）
	経口ブドウ糖負荷試験：[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：（　）

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：（　）

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：（　）
栄養管理	中心静脈栄養：[なし ・ あり]　乳糖除去食：[なし ・ あり]
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
医療機関所在地
電話番号

記載年月日　年　月　日
診断年月日　年　月　日

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　（　）被保険者個人単位枝番　（　） 資格取得年月日　年　月　日