

病名		8 腸リンパ管拡張症										受付種別		<input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 転入 → ( )		転出実施主体名 ( )					
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 (申請時) ※直近の状況を記載																					
最終受診日		( 年 月 日 )																			
症 状	全身	浮腫：[ なし ・ あり ] 詳細：( )																			
	消化器	下痢：[ なし ・ あり ] 詳細：( )																			
		嘔吐：[ なし ・ あり ] 詳細：( )																			
	その他	症状 (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 リンパ球：( )% ヘモグロビン (Hb)：( )g/dL 血小板数：( )×10 <sup>4</sup> /μL 血清総蛋白：( )g/dL AST：( )U/L ALT：( )U/L LDH：( )U/L γ-GTP：( )U/L PT：( )秒 PT：( )% PT-INR：( ) HPT：( )%																			
病理検査		腸管粘膜生検：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 所見：( )																			
α1アンチトリプシン・ クリアランス試験		α1アンチトリプシン・クリアランス試験：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 便中α1アンチトリプシン：( )mg/dL 血清α1アンチトリプシン：( )mg/dL 便量：( )mL/day クリアランス：( )mL/day 胃酸分泌抑制の併用：[ なし ・ あり ]																			
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 (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：( )																			
既往歴		Fontan手術の既往※：[ なし ・ あり ] (※ Fontan手術後など先天性心疾患に起因する症例は、慢性心疾患の原疾病にて申請すること)																			
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：( )																			
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 ( )																			

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	(		)

医療機関所在地 診断年月日 年 月 日

電話番号

診療科

醫師名

小兒慢性特定疾病 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

## 担当自治体

受理日	年	月	日
-----	---	---	---

公費負担者番号

認定結果

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 ]

保險情報

保険者番号 ( ) 被保険者記号 ( )

被保險者番号 ( ) 被保險者個人單位枝番 ( )

資格取得年月日 年 月 日