

告示番号		1		慢性消化器疾患		( )		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書〈継続申請用〉		1/2	
病名		14 潰瘍性大腸炎						受付種別		<input type="checkbox"/> 継続      転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入    → ( )			
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 (申請時) ※直近の状況を記載													
最終受診日		(      年      月      日 )											
症 状		全身		成長障害：低身長 (−2.0SD以下)：[ なし ・ あり ]									
				詳細：( )									
		消化器		発熱：[ なし ・ あり ]									
				詳細：( )									
		その他		排便状況：回数：[ 6回未満/日 ・ 6回以上/日 ]      顕血便：[ なし ・ あり ]									
		詳細：( )											
		腹痛：[ なし ・ あり ]											
		症状 (その他)：( )											
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
細菌検査		便培養：[ 未実施 ・ 実施 ]      実施日：(      年      月      日 )											
		所見：( )											
病理検査		消化管生検：[ 未実施 ・ 実施 ]      実施日：(      年      月      日 )											
		部位：[ 食道 ・ 胃 ・ 十二指腸 ・ 空腸 ・ 回腸 ・ 結腸 ・ 直腸 ]											
		所見：( )											
画像検査		注腸造影：[ 未実施 ・ 実施 ]      実施日：(      年      月      日 )											
		所見：( )											
		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：( )											
経過 (申請時) ※直近の状況を記載													
薬物療法		ステロイド薬：[ なし ・ あり ]      プレドニゾン換算投与量：(      )mg/日											
		タクロリムス：[ なし ・ あり ]      シクロスポリン：[ なし ・ あり ]      アザチオプリン：[ なし ・ あり ]											
		6-MP：[ なし ・ あり ]      インフリキシマブ：[ なし ・ あり ]											
		薬物療法 (その他)：( )											
栄養管理		中心静脈栄養：[ なし ・ あり ]      経腸栄養：[ なし ・ あり ]											
血液浄化		血球成分除去 (白血球除去) 療法：[ 未実施 ・ 実施 ]											
手術		手術①：[ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ]      実施日：(      年      月      日 )											
		術式：( )											
		所見：( )											

