

告示番号		19		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		13 周期性嘔吐症候群						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 () 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		消化器		過去1年間の嘔吐発作回数：()回									
				嘔吐発作 (直近)：発作開始日：(年 月 日) 発作終了日：(年 月 日) 嘔吐の回数：()回/時間 他の疾患 (感染症、代謝異常など) による嘔吐を除外：[できない ・ できる]									
		その他		発作間欠期の症状：[なし ・ あり] 予想可能な周期か：[不可能 ・ 可能] 症状 (その他)：()									
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
検査所見		検査所見：()											
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] 片頭痛：[なし ・ あり] 食道炎：[なし ・ あり] 合併症 (その他)：()											
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 ()											
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。

