告示番号 31　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 | 6　リパーゼ欠損症 | 受付種別 | □ 継続　転出実施主体名<br>□ 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（　　）<br>資格取得年月日　　年　　月　　日 | | | | |
| 氏名 | （セイメイ）<br>（姓名） | 以前の登録氏名<br>（変更のある場合） | （セイメイ）<br>（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）<br>cm（　　SD）<br>年　　月　　日 | 体重（測定日）<br>kg（　　SD）<br>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（申請時）　※直近の状況を記載**

| | | |
|---|---|---|
| 最終受診日 | | （　　年　　月　　日） |
| 症状 | 消化器 | 下痢：[ なし ・ あり ]<br>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 ]<br>詳細：（　　） |
| | | 脂肪摂取で悪化する：[ なし ・ あり ]　脂肪性下痢：[ なし ・ あり ] |
| | | 腹部膨満・腹鳴：[ なし ・ あり ]<br>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 | 血糖値（随時）：（　　）mg/dL　血清アルブミン：（　　）g/dL　AST：（　　）U/L<br>ALT：（　　）U/L　LDH：（　　）U/L　γ-GTP：（　　）U/L<br>血清アミラーゼ：（　　）U/L　血清リパーゼ：（　　）U/L |
| 便検査 | 便pH：（　　）　便中ナトリウム：（　　）mEq/L　便中還元糖：（　　）g/dL<br>便脂肪染色：[ − ・ ＋ ・ ＋＋ ・ ＋＋＋ ] |
| 病理検査 | 十二指腸液検査：[ 未実施 ・ 実施 ]　実施日：（　　年　　月　　日）<br>アミラーゼ：（　　）U/L　リパーゼ：（　　）U/L　エンテロキナーゼ：（　　）ng/mL　トリプシン：（　　）ng/mL |
| | 腸管粘膜生検：[ 未実施 ・ 実施 ]　実施日：（　　年　　月　　日）<br>酵素活性：（　　）<br>所見：（　　） |
| 汗クロライド検査 | 汗クロライド検査：[ 未実施 ・ 実施 ]　実施日：（　　年　　月　　日）<br>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）<br>部位：[ 上部 ・ 下部 ・ 上部／下部両方 ]<br>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 ]<br>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 ]<br>詳細：（　　） |
| 栄養管理 | 中心静脈栄養：[ 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）<br>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 |

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）



| 告示番号 31 | 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〉 | 2/2 |
|---|---|---|

| | |
|---|---|
| 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）　・<br>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　・<br>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　（　　）<br>被保険者番号　（　　）被保険者個人単位枝番　（　　）<br>資格取得年月日　　年　　月　　日 |