

告示番号 26 慢性消化器疾患 平成 ( ) 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書											
受給者番号 ( )				新規登録 ・ 継続 ・ 転入 ( 転出地 : )							
患者		ふりがな 氏名			男 ・ 女	生年月日	平成 年 月 日 ( 満 歳 )				
出生都道府県※1				出生体重		g		出生週数		在胎 週	
現在の身長※2		. cm		現在の体重※2		. kg		母の生年月日		昭和 平成 年 月 日	
発病		年 月 頃			初診日		年 月 日				
大分類病名		1 先天性吸収不全症			細分類病名		1 乳糖不耐症				
1. 臨床所見											
現在の 症 状	該当するものに○をつけ、必要な場合には ( ) 内に記載										
	下痢 ( なし ・ あり → 詳細 : )										
	下痢の発症時期 ( 生直後 ・ 新生児期 ・ 生後 ( ) か月頃 ・ 幼児期以後に発症 ・ その他 ( ) )										
	乳糖摂取で下痢する ( なし ・ あり → 詳細 : )										
	乳糖除去で便が正常化 ( なし ・ あり → 詳細 : )										
	反復性の痙性腹痛 ( なし ・ あり → 詳細 : )										
	腹部膨満・腹鳴 ( なし ・ あり → 詳細 : )										
	その他の症状 ( なし ・ あり → 詳細 : )										
2. 検査所見											
診 断 の 根 拠 と な っ た 主 な 検 査 等 の 結 果	該当するものに○をつけ、必要な場合には ( ) 内に記載										
	便の性状 測定日 ( 年 月 日 )										
	便pH ( ) 便中Na ( ) mEq/L										
	便中還元糖 ( ) g/dL										
	血液所見 測定日 ( 年 月 日 )										
	血清アルブミン ( ) g/dL 血糖 ( ) mg/dL										
	AST ( ) IU/L ALT ( ) IU/L										
	LDH ( ) IU/L γ-GTP ( ) IU/L										
	画像診断 消化管内視鏡 ( 未実施 ・ 実施※ )										
	※実施の場合 → 実施日 ( 年 月 日 ) 部位 ( 上部 ・ 下部 )										
	所見 ( )										
	粘膜生検・酵素活性 ( 未実施 ・ 実施※ )										
	※実施の場合 → 実施日 ( 年 月 日 )										
	所見 ( )										
	経口乳糖負荷試験 ( 未実施 ・ 実施※ )										
	※実施の場合 → 実施日 ( 年 月 日 )										
所見 ( )											
経口ブドウ糖負荷試験 ( 未実施 ・ 実施※ )											
※実施の場合 → 実施日 ( 年 月 日 )											
所見 ( )											
3. その他の所見											
その他の 現在の 所見など	合併症 ( なし ・ あり → 詳細 : )										
4. 経 過											
現在 の 治 療	薬物療法 ( なし ・ あり → 詳細 : )										
	中心静脈栄養 ( なし ・ あり → 詳細 : )										
	乳糖除去食 ( なし ・ あり → 詳細 : )										
過去の主 な治療・ 検査など											
5. 今後の療の方針											
就学・就労	1. 就学前 2. 小中学校 ( 通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級 ) 3. 特別支援学校 ( 小中学部 ・ 専攻科を含む高等部 )										
	4. 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 5. 大学 ( 短期大学を含む ) 6. 就労 ( 就学中の就労も含む )										
現状評価	7. 未就学かつ未就労 8. その他 ( )										
	一つに○印 : 治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能										
治療見込期間	小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当 : しない ・ する ・ 不明 人工呼吸器等装着者認定基準に該当 : しない ・ する ・ 不明										
治療見込期間	入院	年 月 日 から 年 月 日 まで									
	通院	年 月 日 から 年 月 日 まで ( 月 回 )									
上 記 の 通 り 診 断 し ま す 。											
医療機関名											
および											
所在地											
平成 年 月 日 医師名 科 印											
小児慢性特定疾病指定医番号											

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入

※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入