

告示番号		24		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		1 乳糖不耐症						受付種別		<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名			
受給者番号				受診日		年 月 日				<input type="checkbox"/> 転入 → ( )			
ふりがな 氏名 (Alphabet)						(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)							
生年月日		年 月 日		意見書記載時の年齢		歳 か月 日		性別		男 ・ 女 ・ 性別未決定			
出生体重		g		出生週数		在胎 週 日		出生時に住民登録をした所		( ) 都道府県 ( ) 市区町村			
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		%	
発病時期		年 月 頃		初診日		年 月 日							
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 ( )											
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													
症状	消化器	下痢：[ なし ・ あり ] 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 ] 乳糖摂取で下痢をする：[ なし ・ あり ] 乳糖除去で便が正常化：[ なし ・ あり ]											
		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	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 ALT：( )U/L				血清アルブミン：( )g/dL LDH：( )U/L		AST：( )U/L γ-GTP：( )U/L					
便検査		便pH：( )				便中ナトリウム：( )mEq/L		便中還元糖：( )g/dL					
負荷試験		経口乳糖負荷試験：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 所見：( )											
		経口ブドウ糖負荷試験：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 所見：( )											
病理検査		腸管粘膜生検：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 酵素活性：( ) 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 ) 部位：[ 上部 ・ 下部 ・ 上部／下部両方 ] 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 ] 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 ] 詳細：( )											
栄養管理		中心静脈栄養：[ なし ・ あり ]				乳糖除去食：[ 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 ) 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 **24** 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

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
医療機関住所	診療科			
	医師名			(印)
	小児慢性特定疾病 指定医番号	(		)