

告示番号		2		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		15 クローン (Crohn) 病						受付種別		<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ()			
受給者番号				受診日		年 月 日							
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)		体重 (測定日)		kg (SD)		BMI			
				年 月 日				年 月 日		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	全身	成長障害：低身長 (－2.0SD以下)：[なし ・ あり] 詳細：()											
		発熱：[なし ・ あり]											
	消化器	下痢：[なし ・ あり] 腹痛：[なし ・ あり] 肛門膿瘍：[なし ・ あり] 肛門瘻孔：[なし ・ あり] 消化管症状 (その他)：()											
その他	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		原発性硬化性胆管炎：[なし ・ あり] 血管炎：[なし ・ あり] 脾炎：[なし ・ あり] 胆石症：[なし ・ あり] 尿路結石症：[なし ・ あり] 肝障害：[なし ・ あり] アミロイドーシス：[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		ステロイド薬：[なし ・ あり] プレドニゾン換算投与量：()mg/日											
		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] アダリマブ：[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		顆粒球吸着療法：[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：()											
		手術②：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日：(年 月 日) 術式：() 所見：()											

受給者番号() 患者氏名()

告示番号	2	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
手術	手術③：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日：(年 月 日) 術式：() 所見：()					
	手術④：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日：(年 月 日) 術式：() 所見：()					
	手術⑤：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日：(年 月 日) 術式：() 所見：()					
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					
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 ()				