

告示番号		21		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〉			
病名		4 エンテロキナーゼ欠損症						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)		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		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]									
				詳細：()									
		その他		腹部膨満・腹鳴：[なし ・ あり]									
詳細：()													
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					
		ALT：()U/L				LDH：()U/L		γ-GTP：()U/L					
		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					
病理検査		十二指腸液検査：[未実施 ・ 実施]				実施日：(年 月 日)							
		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)							
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：()											
遺伝学的検査		遺伝子検査：[未実施 ・ 実施]				実施日：(年 月 日)							
		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]											
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 ()							