

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		☐ 継続 転出実施主体名		
受給者番号				受診日	年 月 日				☐ 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] 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	(		)

告示番号		22		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		2 ショ糖イソ麦芽糖分解酵素欠損症								受付種別		☐ 継続 転出実施主体名 ☐ 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) 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] ショ糖摂取で下痢する：[なし ・ あり] ショ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		経口ブドウ糖負荷試験：[未実施 ・ 実施]				実施日：(年 月 日)				()			
		経口ショ糖負荷試験：[未実施 ・ 実施]				実施日：(年 月 日)				()			
		経口果糖負荷試験：[未実施 ・ 実施]				実施日：(年 月 日)				()			
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]				ショ糖除去食：[なし ・ あり]							
治療		治療 (その他)：()											

受給者番号() 患者氏名()

告示番号	22	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
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：()
	治療見込み期間 (外来)	開始日：()	年	月	日)	終了日：()
				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				
医療機関住所		年 月 日				
		診療科				
		医師名				
		(印)				
		小児慢性特定疾病 指定医番号 ()				

告示番号		23		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		3 先天性グルコース・ガラクトース吸収不良症								受付種別		☐ 継続 転出実施主体名 ☐ 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	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] ブドウ糖摂取で下痢する：[なし ・ あり] ブドウ糖除去で便が正常化：[なし ・ あり] 果糖乳で下痢が改善：[なし ・ あり]											
		反復性の痙攣性腹痛：[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		経口ブドウ糖負荷試験：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()											
		経口ショ糖負荷試験：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()											
		経口果糖負荷試験：[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：()											
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] ショ糖除去食：[なし ・ あり]											
治療		治療 (その他)：()											

受給者番号() 患者氏名()

告示番号	23	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
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 小児慢性特定疾病 指定医番号 () (印)						

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		☐ 継続 転出実施主体名			
受給者番号				受診日		年 月 日				☐ 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 ()							

告示番号		20		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		5 アミラーゼ欠損症								受付種別		☐ 継続 転出実施主体名 ☐ 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		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: ()									
				でんぶん摂取で下痢する: [なし ・ あり] でんぶん除去で便が正常化: [なし ・ あり]									
				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 血清アミラーゼ: ()U/L				血清アルブミン: ()g/dL LDH: ()U/L 血清リパーゼ: ()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		でんぶん負荷試験: [未実施 ・ 実施] 所見: ()				実施日: (年 月 日)							
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) 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]											
手術		外科的治療: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]											
		術式: () 所見: ()											
治療		治療 (その他): ()											

受給者番号() 患者氏名()

告示番号	20	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			
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：(
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	(	)				

告示番号		25		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 ☐ 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		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: ()									
				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] 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 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 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) 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) 酵素活性: () 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) 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]											
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	25	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	(	)	

告示番号		33		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		7 微絨毛封入体病						受付種別		☐ 継続 転出実施主体名 ☐ 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) 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] 詳細：() 絶食で下痢が止まる：[なし ・ あり] 水様性下痢：[なし ・ あり] 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				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		腸管粘膜生検：[未実施 ・ 実施] 所見：()				実施日：(年 月 日)		酵素活性：()		()			
画像検査		内視鏡検査 (消化管)：[未実施 ・ 実施] 所見：()				実施日：(年 月 日)		部位：[上部 ・ 下部 ・ 上部・下部両方]		()			
遺伝学的検査		遺伝子検査：[未実施 ・ 実施] 所見：()				実施日：(年 月 日)		()					
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]				経腸栄養：[なし ・ あり]							
手術		手術：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 所見：()				実施日：(年 月 日)		術式：()		()			
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	33	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	()	

告示番号		30		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		8 腸リンパ管拡張症						受付種別		☐ 継続 転出実施主体名 ☐ 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		浮腫：[なし ・ あり] 詳細：()									
		消化器		下痢：[なし ・ あり] 詳細：()									
				嘔吐：[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		白血球数：()/μL リンパ球：()% ヘモグロビン (Hb)：()g/dL 血小板数：()×10 ⁴ /μL 血清総蛋白：()g/dL AST：()U/L ALT：()U/L LDH：()U/L γ-GTP：()U/L PT：()秒 PT：()% PT-INR：() HPT：()%											
病理検査		腸管粘膜生検：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()											
α1アンチトリプシン・クリアランス試験		α1アンチトリプシン・クリアランス試験：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 便中α1アンチトリプシン：()mg/dL 血清α1アンチトリプシン：()mg/dL 便量：()mL/day クリアランス：()mL/day 胃酸分泌抑制の併用：[なし ・ あり]											
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：()											
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		合併症：[なし ・ あり] 詳細：()											
既往歴		Fontan手術の既往※：[なし ・ あり] (※ Fontan手術後など先天性心疾患に起因する症例は、慢性心疾患の原疾病にて申請すること)											
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：()											
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	30	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	()	

告示番号		39		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		9 家族性腺腫性ポリポーシス						受付種別		☐ 継続 転出実施主体名			
受給者番号				受診日		年 月 日				☐ 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		血便：[なし ・ あり] 詳細：() 便通異常：[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		白血球数：()/μL ヘモグロビン (Hb)：()g/dL 血小板数：()×10 ⁴ /μL AST：()U/L ALT：()U/L LDH：()U/L γ-GTP：()U/L											
病理検査		腸管粘膜生検：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 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：()											
遺伝学的検査		遺伝子検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 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		合併症：[なし ・ あり] 詳細：()											
家族歴		本疾患の家族歴：[なし ・ あり ・ 不明] 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：()											
手術		手術：[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 医療機関住所						記載年月日 年 月 日 診療科 医師名 (印) 小児慢性特定疾病 指定医番号 ()							

告示番号		40		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		10 若年性ポリポーシス						受付種別		☐ 継続 転出実施主体名 ☐ 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		消化器		血便：[なし ・ あり] 詳細：()									
				便通異常：[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		白血球数：()/μL ヘモグロビン (Hb)：()g/dL 血小板数：()×10 ⁴ /μL AST：()U/L ALT：()U/L LDH：()U/L γ-GTP：()U/L											
病理検査		腸管粘膜生検：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 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：()											
遺伝学的検査		遺伝子検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 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		合併症：[なし ・ あり] 詳細：()											
家族歴		本疾患の家族歴：[なし ・ あり ・ 不明] 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：()											
手術		手術：[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 医療機関住所						記載年月日 年 月 日 診療科 医師名 小児慢性特定疾病 指定医番号 ()							
(印)													

告示番号		41		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		11 ポイツ・ジェガース（Peutz-Jeghers）症候群										受付種別		☐ 継続 転出実施主体名	
受給者番号				受診日		年 月 日		☐ 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		血便：[なし ・ あり] 詳細：()											
				便通異常：[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		白血球数：()/ μ L ヘモグロビン (Hb)：()g/dL 血小板数：() $\times 10^4/\mu$ L AST：()U/L ALT：()U/L LDH：()U/L γ -GTP：()U/L													
病理検査		腸管粘膜生検：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 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：()													
遺伝学的検査		遺伝子検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 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		合併症：[なし ・ あり] 詳細：()													
家族歴		本疾患の家族歴：[なし ・ あり ・ 不明] 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：()													
手術		手術：[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 ()															

告示番号		38		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		12 カウデン (Cowden) 症候群						受付種別		☐ 継続 転出実施主体名 ☐ 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		消化器		血便 : [なし ・ あり] 詳細 : ()									
				便通異常 : [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		白血球数 : () / μ L ヘモグロビン (Hb) : () g/dL 血小板数 : () $\times 10^4 / \mu$ L AST : () U/L ALT : () U/L LDH : () U/L γ -GTP : () U/L											
病理検査		腸管粘膜生検 : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 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 : ()											
遺伝学的検査		遺伝子検査 : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 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		合併症 : [なし ・ あり] 詳細 : ()											
家族歴		本疾患の家族歴 : [なし ・ あり ・ 不明] 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 : ()											
手術		手術 : [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 ()											

告示番号		17		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		13 周期性嘔吐症候群						受付種別		☐ 継続 転出実施主体名 ☐ 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		消化器		過去1年間の嘔吐発作回数：()回									
				嘔吐発作 (直近)：発作開始日：(年 月 日) 発作終了日：(年 月 日) 嘔吐の回数：()回/時間 他の疾患 (感染症、代謝異常など) による嘔吐を除外：[できない ・ できる]									
		その他		発作間欠期の症状：[なし ・ あり] 予想可能な周期か：[不可能 ・ 可能] 症状 (その他)：()									
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
検査所見		検査所見：()											
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] 片頭痛：[なし ・ あり] 食道炎：[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		薬物療法：[なし ・ あり] 詳細：()											
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 医療機関住所						記載年月日 年 月 日 診療科 医師名 (印) 小児慢性特定疾病 指定医番号 ()							

告示番号		1		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		14 潰瘍性大腸炎														受付種別		☐ 継続 転出実施主体名 ☐ 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		肥満度 %													
				年 月 日						年 月 日																			
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] 詳細: ()																									
		消化器		排便状況:回数: [6回未満/日 ・ 6回以上/日] 顕血便: [なし ・ あり] 詳細: ()																									
				腹痛: [なし ・ あり]																									
		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		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		ステロイド薬: [なし ・ あり] プレドニゾン換算投与量: ()mg/日																											
		タクロリムス: [なし ・ あり] シクロスポリン: [なし ・ あり] 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] 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		血球成分除去 (白血球除去) 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: ()																											

受給者番号() 患者氏名()

告示番号	1	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②：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日：(年 月 日) 術式：() 所見：()					
	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 ()				

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		☐ 継続 転出実施主体名 ☐ 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 ()				

告示番号		3		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		16 早期発症型炎症性腸疾患						受付種別		☐ 継続 転出実施主体名			
受給者番号				受診日		年 月 日				☐ 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] 血便：[なし ・ あり]									
				肛門周囲病変：[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		白血球数：()/μL		ヘモグロビン (Hb)：()g/dL		血小板数：()×10 ⁴ /μL		血清総ビリルビン (T-Bil)：()mg/dL					
		血清総蛋白：()g/dL		血清アルブミン：()g/dL		AST：()U/L		γ-GTP：()U/L					
		血清直接ビリルビン (D-Bil)：()mg/dL		LDH：()U/L		血清鉄 (Fe)：()μg/dL		α-フェトプロテイン (AFP)：()ng/mL・未実施					
		ALT：()U/L		血清クレアチニン：()mg/dL		フェリチン：()ng/mL・未実施							
		BUN：()mg/dL											
		UIBC：()μg/dL											
細菌検査		便培養：[未実施 ・ 実施]		実施日：(年 月 日)		クロストリジウム抗原：[未実施 ・ 陰性 ・ 陽性] 所見：()							
病理検査		腸管粘膜生検：[未実施 ・ 実施]		実施日：(年 月 日)		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：()							
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		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：()											
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 ()											

告示番号		16		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		17 自己免疫性腸症（IPEX症候群を含む。）							受付種別		☐ 継続 転出実施主体名		
受給者番号				受診日		年 月 日		☐ 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													
発症時期		発症時期：(歳 か月)											
症状	消化器	下痢：[なし ・ あり] 詳細：()											
		血便：[なし ・ あり] 食事療法またはTPNで症状が改善：[なし ・ あり]											
	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		白血球数：()/μL			白血球分画：リンパ球：()%			血清総蛋白：()g/dL					
		ヘモグロビン (Hb)：()g/dL			血小板数：()×10 ⁴ /μL			血清直接ビリルビン (D-Bil)：()mg/dL					
		血清アルブミン：()g/dL			血清総ビリルビン (T-Bil)：()mg/dL			血清クレアチニン：()mg/dL					
		AST：()U/L			ALT：()U/L			LDH：()U/L					
		γ-GTP：()U/L			BUN：()mg/dL			血清フェリチン：()ng/mL・未実施					
		血清鉄 (Fe)：()μg/dL			UIBC：()μg/dL			血清IgM：()mg/dL					
		α-フェトプロテイン (AFP)：()ng/mL・未実施			血清IgA：()mg/dL								
		血清IgG：()mg/dL											
細菌検査		便培養：[未実施 ・ 実施]			実施日：(年 月 日)								
病理検査		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：()											
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		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]					経腸栄養：[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											

受給者番号 () 患者氏名 ()

告示番号 16

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

医療機関住所

診療科

醫師名

小児慢性特定疾病 指定医番号 (

(EP)

告示番号		12		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		18 急性肝不全 (昏睡型)						受付種別		☐ 継続 転出実施主体名 ☐ 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	消化器	白色便 : [なし ・ あり] 観察日 : (年 月 日) 便色カード : () 番											
		黄疸 : 球結膜 : [なし ・ あり] 皮膚 : [なし ・ あり]											
		その他部位 : ()											
		肝萎縮 (触診) : [なし ・ あり] 詳細 : ()											
	皮膚・粘膜	皮膚粘膜の出血症状 : [なし ・ あり] 詳細 : ()											
	精神・神経	意識障害 : [なし ・ あり] 観察日 : (年 月 日) 肝性昏睡分類 (小児) : () 度 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		血清総蛋白 : () g/dL 血清アルブミン : () g/dL 血清総ビリルビン (T-Bil) : () mg/dL 血清直接ビリルビン (D-Bil) : () mg/dL D / T 比 : () AST : () U/L ALT : () U/L LDH : () U/L γ -GTP : () U/L 総胆汁酸 : () μmol/L アンモニア (NH3) : () μg/dL BUN : () mg/dL 血清クレアチニン : () mg/dL PT : () 秒 PT : () % PT-INR : () フェリチン : () ng/mL ・ 未実施 α -フェトプロテイン (AFP) : () ng/mL ・ 未実施											
画像検査		超音波検査 (腹部) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()											
		CT 検査 (頭部) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 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		合併症 : [なし ・ あり] 詳細 : ()											
家族歴		肝疾患の家族歴 : [なし ・ あり ・ 不明] 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 : ()											
血液浄化		腹膜透析 (慢性透析) : [未実施 ・ 実施] 導入年月 : (年 月)											
		血液透析 (慢性透析) : [未実施 ・ 実施] 導入年月 : (年 月)											
移植		肝移植 : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日)											
治療		治療 (その他) : ()											

受給者番号() 患者氏名()

告示番号	12	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
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：()
	治療見込み期間（外来）	開始日：()	年	月	日	終了日：()
				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
医療機関住所						日
				診療科		
				医師名	(印)	
				小児慢性特定疾病 指定医番号	()	

告示番号		18		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		19 新生児ヘモクロマトーシス							受付種別		☐ 継続 転出実施主体名 ☐ 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) 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		白色便：[なし ・ あり] 観察日：(年 月 日) 便色カード：() 番										
				黄疸：球結膜：[なし ・ あり] 皮膚：[なし ・ あり]										
				その他部位：()										
				肝萎縮 (触診)：[なし ・ あり] 肝腫大 (触診)：[なし ・ あり] 詳細：()										
		精神・神経		意識障害：[なし ・ あり] 観察日：(年 月 日) 肝性昏睡分類 (小児)：() 度 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		血清総蛋白：()g/dL 血清アルブミン：()g/dL 血清総ビリルビン (T-Bil)：()mg/dL 血清直接ビリルビン (D-Bil)：()mg/dL D／T比：() AST：()U/L ALT：()U/L LDH：()U/L γ-GTP：()U/L 総胆汁酸：()μmol/L アンモニア (NH3)：()μg/dL BUN：()mg/dL 血清クレアチニン：()mg/dL PT：()秒 PT：()% PT-INR：() フェリチン：()ng/mL・未実施 α-フェトプロテイン (AFP)：()ng/mL・未実施												
		病理検査		口唇生検：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日)										
				所見：()										
		肝生検：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日)												
		所見：()												
		画像検査		超音波検査 (頭部)：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日)										
				所見：()										
				超音波検査 (腹部)：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日)										
所見：()														
CTまたはMRI検査 (頭部)：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日)		所見：()												
		CTまたはMRI検査 (腹部)：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日)												
所見：()		所見：()												
		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		合併症：[なし ・ あり] 詳細：()												
家族歴		本疾患の家族歴：[なし ・ あり ・ 不明] 詳細：()												
出生歴		胎児水腫：[なし ・ あり] 詳細：()												

受給者番号() 患者氏名()

告示番号		18		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	
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：()											
血液浄化		腹膜透析（慢性透析）：[未実施 ・ 実施] 導入年月：(年 月) 血液透析（慢性透析）：[未実施 ・ 実施] 導入年月：(年 月)											
移植		肝移植：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日)											
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											
		小児慢性特定疾病 指定医番号 () (印)											

告示番号		15		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		20 自己免疫性肝炎						受付種別		☐ 継続 転出実施主体名 ☐ 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	易疲労性：[なし ・ あり] 詳細：()											
	消化器	黄疸：球結膜：[なし ・ あり] 皮膚：[なし ・ あり] その他部位：() 肝萎縮 (触診)：[なし ・ あり]											
		肝腫大 (触診)：[なし ・ あり] 詳細：()											
	筋・骨格	関節痛：[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	白血球数：()/μL ヘモグロビン (Hb)：()g/dL 血小板数：()×10 ⁴ /μL 血清総蛋白：()g/dL 血清アルブミン：()g/dL 血清総ビリルビン (T-Bil)：()mg/dL 血清直接ビリルビン (D-Bil)：()mg/dL D／T比：() AST：()U/L ALT：()U/L LDH：()U/L γ-GTP：()U/L ALP：()U/L 総胆汁酸：()μmol/L アンモニア (NH3)：()μg/dL BUN：()mg/dL 血清クレアチニン：()mg/dL PT：()秒 PT：()% PT-INR：() フェリチン：()ng/mL・未実施 α-フェトプロテイン (AFP)：()ng/mL・未実施 血清IgG：()mg/dL 血清IgA：()mg/dL 血清IgM：()mg/dL 赤沈 (1時間値)：()mm/h 抗ミトコンドリア抗体：()倍 抗LKM-1抗体：()(インデックス値) 抗平滑筋抗体：()倍												
	抗核抗体：()倍・未実施 染色型：[均質型 ・ 辺縁型 ・ 斑紋型 ・ 核小体型 ・ 散在斑紋型]												
	染色型 (その他)：()												
病理検査	肝生検：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()												
画像検査	超音波検査 (腹部)：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()												
	CT 検査 (腹部)：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()												
	内視鏡的逆行性胆管膵管造影 (ERCP)：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()												
	磁気共鳴胆管膵管撮影 (MRCP)：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()												
検査所見 (その他)	検査所見 (その他)：()												

受給者番号() 患者氏名()

告示番号	15	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
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：()					
家族歴	本疾患の家族歴：[なし ・ あり ・ 不明] 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：()					
血液浄化	腹膜透析（慢性透析）：[未実施 ・ 実施] 導入年月：(年 月) 血液透析（慢性透析）：[未実施 ・ 実施] 導入年月：(年 月)					
移植	肝移植：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日)					
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	(	)

告示番号		14		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		21 原発性硬化性胆管炎						受付種別		☐ 継続 転出実施主体名 ☐ 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	易疲労性：[なし ・ あり] 詳細： ()											
	消化器	黄疸：球結膜：[なし ・ あり] 皮膚：[なし ・ あり] その他部位： () 肝萎縮 (触診)：[なし ・ あり]											
		肝腫大 (触診)：[なし ・ あり] 詳細： ()											
	筋・骨格	関節痛：[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	白血球数： ()/μL ヘモグロビン (Hb)： ()g/dL 血小板数： ()×10 ⁴ /μL 血清総蛋白： ()g/dL 血清アルブミン： ()g/dL 血清総ビリルビン (T-Bil)： ()mg/dL 血清直接ビリルビン (D-Bil)： ()mg/dL AST： ()U/L ALT： ()U/L D／T比： () γ-GTP： ()U/L ALP： ()U/L LDH： ()U/L アンモニア (NH3)： ()μg/dL BUN： ()mg/dL 総胆汁酸： ()μmol/L PT： ()秒 PT： ()% 血清クレアチニン： ()mg/dL フェリチン： ()ng/mL・未実施 α-フェトプロテイン (AFP)： ()ng/mL・未実施 PT-INR： () 血清IgG： ()mg/dL 血清IgA： ()mg/dL 血清IgM： ()mg/dL 赤沈 (1時間値)： ()mm/h 抗ミトコンドリア抗体： ()倍 抗LKM-1抗体： () (インデックス値) 抗平滑筋抗体： ()倍 抗核抗体： ()倍・未実施 染色型：[均質型 ・ 辺縁型 ・ 斑紋型 ・ 核小体型 ・ 散在斑紋型] 染色型 (その他)： ()												
	病理検査	肝生検：[未実施 ・ 実施] 実施日： (年 月 日) 所見： ()											
	画像検査	超音波検査 (腹部)：[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： ()											
		CT検査 (頭部)：[未実施 ・ 実施] 実施日： (年 月 日) 所見： ()											
		内視鏡的逆行性胆管膵管造影 (ERCP)：[未実施 ・ 実施] 実施日： (年 月 日) 所見： ()											
		磁気共鳴胆管膵管造影 (MRCP)：[未実施 ・ 実施] 実施日： (年 月 日) 所見： ()											
	検査所見 (その他)	検査所見 (その他)： ()											

受給者番号() 患者氏名()

告示番号	14	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
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：()					
家族歴	本疾患の家族歴：[なし ・ あり ・ 不明] 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：()					
血液浄化	腹膜透析（慢性透析）：[未実施 ・ 実施] 導入年月：(年 月) 血液透析（慢性透析）：[未実施 ・ 実施] 導入年月：(年 月)					
移植	肝移植：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日)					
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				
		小児慢性特定疾病 指定医番号 () (印)				

告示番号		6		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		23 アラジール (Alagille) 症候群						受付種別		☐ 継続 転出実施主体名			
受給者番号				受診日		年 月 日				☐ 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		治療 ・ 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	低身長 (−2.0SD以下): [なし ・ あり]											
		易疲労性: [なし ・ あり]											
		詳細: ()											
	消化器	白色便: [なし ・ あり] 観察日: (年 月 日) 便色カード: () 番											
		黄疸: 球結膜: [なし ・ あり] 皮膚: [なし ・ あり]											
		その他部位: ()											
		肝萎縮 (触診): [なし ・ あり]											
		肝腫大 (触診): [なし ・ あり]											
	その他	詳細: ()											
症状 (その他): ()													
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
血液検査		血清総蛋白: ()g/dL				血清アルブミン: ()g/dL				血清総ビリルビン (T-Bil): ()mg/dL			
		血清直接ビリルビン (D-Bil): ()mg/dL								D／T比: ()			
		AST: ()U/L				ALT: ()U/L				LDH: ()U/L			
		γ-GTP: ()U/L				総胆汁酸: ()μmol/L				アンモニア (NH3): ()μg/dL			
		総コレステロール: ()mg/dL				BUN: ()mg/dL				血清クレアチニン: ()mg/dL			
		PT: ()秒				PT: ()%				PT-INR: ()			
		フェリチン: ()ng/mL・未実施				α-フェトプロテイン (AFP): ()ng/mL・未実施							
		病理検査		肝生検: [未実施 ・ 実施]				実施日: (年 月 日)					
所見: ()													
画像検査		単純X線検査 (胸部): [未実施 ・ 実施]				実施日: (年 月 日)							
		超音波検査 (心臓): [未実施 ・ 実施]				実施日: (年 月 日)							
		超音波検査 (腹部): [未実施 ・ 実施]				実施日: (年 月 日)							
		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]											
眼科学的検査		CT検査: [未実施 ・ 実施]				実施日: (年 月 日)							
		部位: ()											
		所見: ()											
眼科学的検査		眼科学的検査: [未実施 ・ 実施]				実施日: (年 月 日)							
遺伝学的検査		遺伝子検査: [未実施 ・ 実施]				実施日: (年 月 日)							
検査所見 (その他)		検査所見 (その他): ()											

受給者番号() 患者氏名()

告示番号	6	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
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：()					
家族歴	本疾患の家族歴：[なし ・ あり ・ 不明] 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：()					
血液浄化	腹膜透析（慢性透析）：[未実施 ・ 実施] 導入年月：(年 月) 血液透析（慢性透析）：[未実施 ・ 実施] 導入年月：(年 月)					
移植	肝移植：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日)					
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 ()				

告示番号		7		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		24 肝内胆管減少症						受付種別		☐ 継続 転出実施主体名 ☐ 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	低身長 (−2.0SD以下) : [なし ・ あり]											
		易疲労性 : [なし ・ あり]											
		詳細 : ()											
	消化器	白色便 : [なし ・ あり] 観察日 : (年 月 日) 便色カード : () 番											
		黄疸 : 球結膜 : [なし ・ あり] 皮膚 : [なし ・ あり]											
		その他部位 : ()											
		肝萎縮 (触診) : [なし ・ あり]											
		肝腫大 (触診) : [なし ・ あり]											
	その他	詳細 : ()											
症状 (その他) : ()													
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
血液検査		血清総蛋白 : ()g/dL 血清アルブミン : ()g/dL 血清総ビリルビン (T-Bil) : ()mg/dL											
		血清直接ビリルビン (D-Bil) : ()mg/dL D／T比 : ()											
		AST : ()U/L ALT : ()U/L LDH : ()U/L											
		γ-GTP : ()U/L 総胆汁酸 : ()μmol/L アンモニア (NH3) : ()μg/dL											
		総コレステロール : ()mg/dL BUN : ()mg/dL 血清クレアチニン : ()mg/dL											
		PT : ()秒 PT : ()% PT-INR : ()											
		フェリチン : ()ng/mL・未実施 α-フェトプロテイン (AFP) : ()ng/mL・未実施											
病理検査		肝生検 : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日)											
画像検査		所見 : ()											
		単純X線検査 (胸部) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日)											
		所見 : ()											
		超音波検査 (心臓) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日)											
		所見 : ()											
眼科学的検査		超音波検査 (腹部) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日)											
		所見 : ()											
		CT 検査 : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日)											
		部位 : ()											
遺伝学的検査		所見 : ()											
		内視鏡検査 (食道) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日)											
検査所見 (その他)		所見 : ()											

受給者番号() 患者氏名()

告示番号	7	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
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：()					
家族歴	本疾患の家族歴：[なし ・ あり ・ 不明] 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：()					
血液浄化	腹膜透析（慢性透析）：[未実施 ・ 実施] 導入年月：(年 月) 血液透析（慢性透析）：[未実施 ・ 実施] 導入年月：(年 月)					
移植	肝移植：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日)					
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				
		小児慢性特定疾病 指定医番号 () (印)				

告示番号		8		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		25 進行性家族性肝内胆汁うっ滞症						受付種別		☐ 継続 転出実施主体名 ☐ 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	低身長 (−2.0SD以下) : [なし ・ あり]											
		易疲労性 : [なし ・ あり]											
		詳細 : ()											
	消化器	白色便 : [なし ・ あり] 観察日 : (年 月 日) 便色カード : () 番											
		黄疸 : 球結膜 : [なし ・ あり] 皮膚 : [なし ・ あり]											
		その他部位 : ()											
		肝萎縮 (触診) : [なし ・ あり]											
		肝腫大 (触診) : [なし ・ あり]											
	その他	詳細 : ()											
		症状 (その他) : ()											
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
血液検査		血清総蛋白 : ()g/dL 血清アルブミン : ()g/dL 血清総ビリルビン (T-Bil) : ()mg/dL 血清直接ビリルビン (D-Bil) : ()mg/dL D／T比 : () AST : ()U/L ALT : ()U/L LDH : ()U/L γ-GTP : ()U/L 総胆汁酸 : ()μmol/L アンモニア (NH3) : ()μg/dL 総コレステロール : ()mg/dL BUN : ()mg/dL 血清クレアチニン : ()mg/dL PT : ()秒 PT : ()% PT-INR : () フェリチン : ()ng/mL・未実施 α-フェトプロテイン (AFP) : ()ng/mL・未実施											
病理検査		肝生検 : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()											
画像検査		単純X線検査 (胸部) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()											
		超音波検査 (心臓) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()											
		超音波検査 (腹部) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()											
		CT 検査 : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 部位 : () 所見 : ()											
		内視鏡検査 (食道) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()											
眼科学的検査		眼科学的検査 : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 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 : ()											
検査所見 (その他)		検査所見 (その他) : ()											

受給者番号() 患者氏名()

告示番号	8	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
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：()						
家族歴	本疾患の家族歴：[なし ・ あり ・ 不明] 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：()						
血液浄化	腹膜透析（慢性透析）：[未実施 ・ 実施] 導入年月：(年 月) 血液透析（慢性透析）：[未実施 ・ 実施] 導入年月：(年 月)						
移植	肝移植：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日)						
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					
		小児慢性特定疾病 指定医番号 () (印)					

告示番号		9		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		26 先天性多発肝内胆管拡張症（カロリ（Caroli）病）								受付種別		☐ 継続 転出実施主体名 ☐ 転入 → ()	
受給者番号				受診日		年 月 日							
ふりがな				(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	低身長 (−2.0SD以下) : [なし ・ あり]											
		反復する発熱と腹痛 : [なし ・ あり] 詳細 : ()											
		易疲労性 : [なし ・ あり] 詳細 : ()											
	消化器	黄疸 : 球結膜 : [なし ・ あり] 皮膚 : [なし ・ あり] その他部位 : ()											
		肝腫大 (触診) : [なし ・ あり] 詳細 : ()											
		吐血 : [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	白血球数 : () / μ L ヘモグロビン (Hb) : () g/dL 血小板数 : () $\times 10^4 / \mu$ L 血清総蛋白 : () g/dL 血清アルブミン : () g/dL 血清総ビリルビン (T-Bil) : () mg/dL 血清直接ビリルビン (D-Bil) : () mg/dL D / T 比 : () AST : () U/L ALT : () U/L LDH : () U/L γ -GTP : () U/L 総胆汁酸 : () μ mol/L アンモニア (NH3) : () μ g/dL 総コレステロール : () mg/dL BUN : () mg/dL 血清クレアチニン : () mg/dL PT : () 秒 PT : () % PT-INR : () フェリチン : () ng/mL ・ 未実施 α -フェトプロテイン (AFP) : () ng/mL ・ 未実施 CRP : () mg/dL												
	病理検査												
	肝生検 : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()												
	画像検査	超音波検査 (腹部) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()											
		CTまたはMRI検査 (腹部) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()											
		内視鏡検査 (上部消化管) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 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		合併症 : [なし ・ あり] 詳細 : ()										
家族歴		本疾患の家族歴 : [なし ・ あり ・ 不明] 詳細 : ()											

受給者番号() 患者氏名()

告示番号	9	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
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：()					
血液浄化	腹膜透析（慢性透析）：[未実施 ・ 実施] 導入年月：(年 月) 血液透析（慢性透析）：[未実施 ・ 実施] 導入年月：(年 月)					
移植	肝移植：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日)					
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					
	小児慢性特定疾病 指定医番号 () (印)					

告示番号		10		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		27 先天性胆道拡張症						受付種別		☐ 継続 転出実施主体名 ☐ 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) 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		全身		低身長 (−1.5SD以下) : [なし ・ あり] 低体重 (−1.5SD以下) : [なし ・ あり] 発熱 : [なし ・ あり] 出血傾向 : [なし ・ あり]									
		消化器		腹痛 : [なし ・ あり] 黄疸 : [なし ・ あり] 肝腫大 (触診) : [なし ・ あり] 脾腫大 : [なし ・ あり] 肝内結石 : [なし ・ あり] 肝内胆管拡張 : [なし ・ あり] 胆管気腫像 : [なし ・ あり] 脾石 : [なし ・ あり] 膵管拡張 : [なし ・ あり] 膵腫大 : [なし ・ あり] 膵萎縮 : [なし ・ あり] 消化管出血 : [なし ・ あり]									
		精神・神経		肝性脳症 : [なし ・ あり]									
		その他		腹水 : [なし ・ あり] 症状 (その他) : ()									
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
血液検査		白血球数 : () / μ L ヘマトクリット (Ht) : () % 血清アルブミン : () g/dL AST : () U/L 血清アミラーゼ : () U/L			赤血球数 : () $\times 10^4 / \mu$ L 血小板数 : () $\times 10^4 / \mu$ L 血清総ビリルビン (T-Bil) : () mg/dL ALT : () U/L 血清リパーゼ : () U/L			ヘモグロビン (Hb) : () g/dL 血清総蛋白 : () g/dL 血清直接ビリルビン (D-Bil) : () mg/dL γ -GTP : () U/L					
病理検査		肝生検 : [未実施 ・ 実施] 所見 : ()			実施日 : (年 月 日)								
画像検査		経皮経管胆道造影 : [未実施 ・ 実施] MRI 検査 (腹部) : [未実施 ・ 実施] 画像検査 (その他) : [未実施 ・ 実施] 画像検査 : 拡張の形態 : [嚢胞型 ・ 紡錘型 ・ 円筒型] 拡張の形態 (その他) : () 拡張胆管の最大径 : () mm 所見 (その他) : ()			超音波検査 (腹部) : [未実施 ・ 実施] 内視鏡的逆行性胆管膵管造影 (ERCP) : [未実施 ・ 実施] 検査名 : () 膵胆管合流異常の有無 : [なし ・ あり]			CT 検査 (腹部) : [未実施 ・ 実施] 術中胆道造影 : [未実施 ・ 実施]					
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		合併症 : [なし ・ あり] 詳細 : ()											
家族歴		本疾患の家族歴 : [なし ・ あり ・ 不明] 詳細 : ()											
重症度分類		下記のいずれかを選択 ☐ 軽度 分流手術等により先天性胆道拡張症に起因する症状・所見がなく、その後の治療を必要としない状態 ☐ 中等度 分流手術後も先天性胆道拡張症に起因する症状・所見のため、直近1年間に1回以上入院治療を必要とし、これによる身体活動の制限や介護を要する状態 ☐ 重度 先天性胆道拡張症に起因する続発症により著しくQOL低下を来すか、または生命に危険が及んでいる状態 (※この重症度は、現在の疾患の状況を報告するためのものであり、医療費支給認定に関する「小児慢性特定疾病重症患者認定基準」とは異なる)											

告示番号		19		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		28 先天性肝線維症						受付種別		☐ 継続 転出実施主体名 ☐ 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) 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	全身	低身長 (−2.0SD以下) : [なし ・ あり]											
		反復する発熱と腹痛 : [なし ・ あり] 詳細 : ()											
		易疲労性 : [なし ・ あり] 詳細 : ()											
	消化器	黄疸 : 球結膜 : [なし ・ あり] 皮膚 : [なし ・ あり] その他部位 : ()											
		肝腫大 (触診) : [なし ・ あり] 詳細 : ()											
		吐下血 : [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		白血球数 : () / μ L ヘモグロビン (Hb) : () g/dL 血小板数 : () $\times 10^4$ / μ L 血清総蛋白 : () g/dL 血清アルブミン : () g/dL 血清総ビリルビン (T-Bil) : () mg/dL 血清直接ビリルビン (D-Bil) : () mg/dL D / T 比 : () AST : () U/L ALT : () U/L LDH : () U/L γ -GTP : () U/L 総胆汁酸 : () μ mol/L アンモニア (NH3) : () μ g/dL 総コレステロール : () mg/dL BUN : () mg/dL 血清クレアチニン : () mg/dL PT : () 秒 PT : () % PT-INR : () フェリチン : () ng/mL ・ 未実施 α -フェトプロテイン (AFP) : () ng/mL ・ 未実施 CRP : () mg/dL											
病理検査		肝生検 : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()											
画像検査		超音波検査 (腹部) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()											
		CTまたはMRI検査 (腹部) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()											
		内視鏡検査 (上部消化管) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 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		合併症 : [なし ・ あり] 詳細 : ()											

受給者番号() 患者氏名()

告示番号	19	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
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：()					
内視鏡的治療	内視鏡的硬化療法：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 内視鏡的結紮術：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日)					
移植	肝移植：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日)					
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 ()			

告示番号		5		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		29 肝硬変症						受付種別		☐ 継続 転出実施主体名 ☐ 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) 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	全身	低身長 (−2.0SD以下) : [なし ・ あり]											
		易疲労性 : [なし ・ あり]											
		詳細 : ()											
	消化器	黄疸 : 球結膜 : [なし ・ あり] 皮膚 : [なし ・ あり]											
		その他部位 : ()											
		肝腫大 (触診) : [なし ・ あり]											
	詳細 : ()												
皮膚・粘膜	吐下血 : [なし ・ あり]												
	詳細 : ()												
精神・神経	皮膚掻痒 : [なし ・ あり]												
	意識障害 : [なし ・ あり] 観察日 : (年 月 日) 肝性昏睡分類 (小児) : () 度												
	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	白血球数 : () / μ L												
	血小板数 : () $\times 10^4 / \mu$ L												
	ヘモグロビン (Hb) : () g/dL												
	ヘマトクリット (Ht) : () %												
	血清総蛋白 : () g/dL												
	血清直接ビリルビン (D-Bil) : () mg/dL												
	血清総ビリルビン (T-Bil) : () mg/dL												
	AST : () U/L												
	ALT : () U/L												
	D/T比 : ()												
画像検査	LDH : () U/L												
	γ -GTP : () U/L												
	ChE : () U/L												
	ZTT : () U												
	総胆汁酸 : () μ mol/L												
	アンモニア (NH3) : () μ g/dL												
	総コレステロール : () mg/dL												
	BUN : () mg/dL												
	血清クレアチニン : () mg/dL												
	PT : () 秒												
PT-INR : ()													
検査所見 (その他)	HPT : () %												
	フェリチン : () ng/mL ・ 未実施												
	α -フェトプロテイン (AFP) : () ng/mL ・ 未実施												
	ヒアルロン酸 : () ng/mL												
AST to platelet ratio index (APRI) : ()													
検査所見 (その他)	単純X線検査 (腹部) : [未実施 ・ 実施]												
	実施日 : (年 月 日)												
	所見 : ()												
	超音波検査 (腹部) : [未実施 ・ 実施]												
実施日 : (年 月 日)													
所見 : ()													
CTまたはMRI検査 (腹部) : [未実施 ・ 実施]													
実施日 : (年 月 日)													
所見 : ()													
内視鏡検査 (上部消化管) : [未実施 ・ 実施]													
実施日 : (年 月 日)													
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		合併症 : [なし ・ あり]											
		詳細 : ()											

受給者番号() 患者氏名()

告示番号	5	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
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：()											
血液浄化	腹膜透析（慢性透析）：[未実施 ・ 実施] 導入年月：(年 月) 血液透析（慢性透析）：[未実施 ・ 実施] 導入年月：(年 月)											
内視鏡的治療	内視鏡的硬化療法：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 内視鏡的結紮術：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日)											
移植	肝移植：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日)											
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 ()											

告示番号		42		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		30 門脈圧亢進症（バンチ（Banti）症候群を含む。）								受付種別		☐ 継続 転出実施主体名 ☐ 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) 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	全身	低身長（－2.0SD以下）：[なし ・ あり]											
		易疲労性：[なし ・ あり] 詳細：()											
	消化器	黄疸：球結膜：[なし ・ あり] 皮膚：[なし ・ あり] その他部位：()											
		肝腫大（触診）：[なし ・ あり] 詳細：()											
		吐下血：[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		白血球数：()/μL ヘモグロビン (Hb)：()g/dL ヘマトクリット (Ht)：()% 血小板数：()×10 ⁴ /μL 血清総蛋白：()g/dL 血清アルブミン：()g/dL 血清総ビリルビン (T-Bil)：()mg/dL 血清直接ビリルビン (D-Bil)：()mg/dL D／T比：() AST：()U/L ALT：()U/L LDH：()U/L γ-GTP：()U/L ChE：()U/L ZTT：()U 総胆汁酸：()μmol/L アンモニア (NH3)：()μg/dL 総コレステロール：()mg/dL BUN：()mg/dL 血清クレアチニン：()mg/dL PT：()秒 PT：()% PT-INR：() HPT：()% フェリチン：()ng/mL・未実施 α-フェトプロテイン (AFP)：()ng/mL・未実施 ヒアルロン酸：()ng/mL AST to platelet ratio index (APRI)：()											
画像検査		単純X線検査（胸腹部）：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()											
		超音波検査（心臓）：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()											
		超音波検査（腹部）：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()											
		CTまたはMRI検査（腹部）：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()											
		内視鏡検査（上部消化管）：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 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		合併症：[なし ・ あり] 詳細：()											

受給者番号() 患者氏名()

告示番号	42	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
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：()						
血液浄化	腹膜透析（慢性透析）：[未実施 ・ 実施] 導入年月：(年 月) 血液透析（慢性透析）：[未実施 ・ 実施] 導入年月：(年 月)						
内視鏡的治療	内視鏡的硬化療法：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 内視鏡的結紮術：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日)						
移植	肝移植：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日)						
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 ()			

告示番号		26		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		31 先天性門脈欠損症						受付種別		☐ 継続 転出実施主体名 ☐ 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		低身長 (−2.0SD以下): [なし ・ あり]									
				易疲労性: [なし ・ あり]									
				詳細: ()									
		消化器		肝腫大 (触診): [なし ・ あり]									
				詳細: ()									
				吐血: [なし ・ あり]									
呼吸器・ 循環器		下気道感染の頻度: [なし ・ 年数回以内 ・ 半年に3回以上 ・ 3か月に3回以上 ・ 月に3回以上]											
		呼吸困難 (労作時): [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		白血球数: ()/μL			ヘモグロビン (Hb): ()g/dL			ヘマトクリット (Ht): ()%					
		血小板数: ()×10 ⁴ /μL			血清総蛋白: ()g/dL			血清アルブミン: ()g/dL					
		血清総ビリルビン (T-Bil): ()mg/dL			血清直接ビリルビン (D-Bil): ()mg/dL								
		D/T比: ()			AST: ()U/L			ALT: ()U/L					
		LDH: ()U/L			γ-GTP: ()U/L			ChE: ()U/L					
		総胆汁酸: ()μmol/L			アンモニア (NH3): ()μg/dL			総コレステロール: ()mg/dL					
		BUN: ()mg/dL			血清クレアチニン: ()mg/dL			PT: ()秒					
		PT: ()%			PT-INR: ()			HPT: ()%					
		フェリチン: ()ng/mL・未実施			α-フェトプロテイン (AFP): ()ng/mL・未実施								
		画像検査		単純X線検査 (胸腹部): [未実施 ・ 実施]			実施日: (年 月 日)						
超音波検査 (心臓): [未実施 ・ 実施]				実施日: (年 月 日)									
超音波検査 (腹部): [未実施 ・ 実施]				実施日: (年 月 日)									
MRI検査 (頭部): [未実施 ・ 実施]				実施日: (年 月 日)									
CTまたはMRI検査 (腹部): [未実施 ・ 実施]				実施日: (年 月 日)									
シンチグラフィ (肺血流): [未実施 ・ 実施]				実施日: (年 月 日)									
シンチグラフィ (経直腸門脈): [未実施 ・ 実施]				実施日: (年 月 日)									
検査所見 (その他)		検査所見 (その他): ()											

受給者番号() 患者氏名()

告示番号 26		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	
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：()									
カテーテル治療		Interventional radiology (IVR)：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()									
移植		肝移植：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日)									
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 ()					

告示番号		43		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		32 門脈・肝動脈瘻						受付種別		☐ 継続 転出実施主体名 ☐ 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) 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		全身		低身長 (−2.0SD以下) : [なし ・ あり]									
				易疲労性 : [なし ・ あり] 詳細 : ()									
		消化器		肝腫大 (触診) : [なし ・ あり] 詳細 : ()									
				吐下血 : [なし ・ あり] 詳細 : ()									
		呼吸器・ 循環器		下気道感染の頻度 : [なし ・ 年数回以内 ・ 半年に3回以上 ・ 3か月に3回以上 ・ 月に3回以上]									
				呼吸困難 (労作時) : [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		白血球数 : () / μ L				ヘモグロビン (Hb) : () g/dL				ヘマトクリット (Ht) : () %			
		血小板数 : () $\times 10^4 / \mu$ L				血清総蛋白 : () g/dL				血清アルブミン : () g/dL			
		血清総ビリルビン (T-Bil) : () mg/dL				血清直接ビリルビン (D-Bil) : () mg/dL							
		D/T比 : ()				AST : () U/L				ALT : () U/L			
		LDH : () U/L				γ -GTP : () U/L				ChE : () U/L			
		総胆汁酸 : () μ mol/L				アンモニア (NH3) : () μ g/dL				総コレステロール : () mg/dL			
		BUN : () mg/dL				血清クレアチニン : () mg/dL				PT : () 秒			
		PT : () %				PT-INR : ()				HPT : () %			
		フェリチン : () ng/mL ・ 未実施				α -フェトプロテイン (AFP) : () ng/mL ・ 未実施							
画像検査		単純X線検査 (胸腹部) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()											
		超音波検査 (心臓) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()											
		超音波検査 (腹部) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()											
		CTまたはMRI検査 (腹部) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 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		合併症 : [なし ・ あり] 詳細 : ()											

受給者番号() 患者氏名()

告示番号	43	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
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：()					
カテーテル治療	Interventional radiology (IVR)：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()					
移植	肝移植：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日)					
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					
	小児慢性特定疾病 指定医番号 () (印)					

告示番号		13		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		33 クリグラール・ナジャー (Crigler-Najjar) 症候群								受付種別		☐ 継続 転出実施主体名 ☐ 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) 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	全身	低身長 (−2.0SD以下) : [なし ・ あり]											
		活気低下 : [なし ・ あり] 詳細 : ()											
	消化器	黄疸 : 球結膜 : [なし ・ あり] 皮膚 : [なし ・ あり] その他部位 : () 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]											
	精神・神経	Moro反射消失 : [なし ・ あり] 落陽現象 : [なし ・ あり]											
		意識障害 : [なし ・ あり] 詳細 : ()											
		痙攣 : [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	白血球数 : () / μ L ヘモグロビン (Hb) : () g/dL ヘマトクリット (Ht) : () % 血小板数 : () $\times 10^4 / \mu$ L 網赤血球 : () % 血清総蛋白 : () g/dL 血清アルブミン : () g/dL 血清総ビリルビン (T-Bil) : () mg/dL 血清直接ビリルビン (D-Bil) : () mg/dL D/T比 : () AST : () U/L ALT : () U/L LDH : () U/L γ -GTP : () U/L ChE : () U/L 総胆汁酸 : () μ mol/L アンモニア (NH3) : () μ g/dL 総コレステロール : () mg/dL BUN : () mg/dL 血清クレアチニン : () mg/dL PT : () 秒 PT : () % PT-INR : () HPT : () % 血清ハプトグロビン : () mg/dL ・ 未実施												
	負荷試験 フェノバルビタール負荷試験 : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()												
	画像検査 CTまたはMRI検査 (頭部) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 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 : ()												
	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	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 : ()											

受給者番号() 患者氏名()

告示番号	13	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
血液浄化	腹膜透析（慢性透析）：[未実施 ・ 実施] 導入年月：(年 月) 血液透析（慢性透析）：[未実施 ・ 実施] 導入年月：(年 月)						
移植	肝移植：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日)						
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	()		

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		34 遺伝性膵炎						受付種別		☐ 継続 転出実施主体名 ☐ 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	低身長 (−2.0SD以下) : [なし ・ あり]												
		易疲労性 : [なし ・ あり] 詳細 : ()												
	消化器	白色便 : [なし ・ あり] 観察日 : (年 月 日) 便色カード : () 番												
		脂便 : [なし ・ あり] 詳細 : ()												
		肝腫大 (触診) : [なし ・ あり] 詳細 : ()												
	その他	特徴的な顔貌 : [なし ・ あり] 詳細 : ()												
		症状 (その他) : ()												
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載														
血液検査		血清総蛋白 : () g/dL 血清直接ビリルビン (D-Bil) : () mg/dL ALT : () U/L ChE : () U/L 総胆汁酸 : () μmol/L 血清クレアチニン : () mg/dL PT-INR : () α-フェトプロテイン (AFP) : () ng/mL・未実施				血清アルブミン : () g/dL D/T比 : () LDH : () U/L 血清アミラーゼ : () U/L アンモニア (NH3) : () μg/dL PT : () 秒 フェリチン : () ng/mL・未実施				血清総ビリルビン (T-Bil) : () mg/dL AST : () U/L γ-GTP : () U/L 血清リパーゼ : () U/L BUN : () mg/dL PT : () %				
画像検査		超音波検査 (腹部) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()												
		CT 検査 (腹部) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()												
		内視鏡的逆行性胆管膵管造影 (ERCP) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()												
		磁気共鳴胆管膵管撮影 (MRCP) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 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		合併症 : [なし ・ あり] 詳細 : ()												
既往歴		再発性膵炎の既往 : [なし ・ あり] 詳細 : ()												

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
家族歴	本疾患の家族歴：[なし ・ あり ・ 不明] 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：()					
血液浄化	腹膜透析（慢性透析）：[未実施 ・ 実施] 導入年月：(年 月) 血液透析（慢性透析）：[未実施 ・ 実施] 導入年月：(年 月)					
移植	肝移植：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日)					
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				
		小児慢性特定疾病 指定医番号 ()				
		(印)				

告示番号		32		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		35 自己免疫性膵炎						受付種別		☐ 継続 転出実施主体名 ☐ 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	低身長 (−2.0SD以下) : [なし ・ あり]											
		体重増加不良 : [なし ・ あり] 詳細 : ()											
		易疲労性 : [なし ・ あり] 詳細 : ()											
	消化器	脂肪便 : [なし ・ あり] 詳細 : ()											
		黄疸 : [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		血清総蛋白 : ()g/dL 血清直接ビリルビン (D-Bil) : ()mg/dL ALT : ()U/L 血清アミラーゼ : ()U/L 血清クレアチニン : ()mg/dL 血清IgG : ()mg/dL リウマトイド因子 (定量) : ()IU/mL ・ 未実施 血清アルブミン : ()g/dL D／T比 : () LDH : ()U/L 血清リパーゼ : ()U/L 蛋白分画 : γ -グロブリン分画 : ()% ・ 未実施 IgGサブクラス : IgG4 : ()mg/dL ・ 未実施 血清総ビリルビン (T-Bil) : ()mg/dL AST : ()U/L γ -GTP : ()U/L BUN : ()mg/dL											
便検査		便潜血 : [未実施 ・ 陰性 ・ 陽性]											
画像検査		超音波検査 (腹部) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()											
		CT 検査 (腹部) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()											
		MRI 検査 (腹部) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()											
		内視鏡的逆行性胆管膵管造影 (ERCP) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()											
		磁気共鳴胆管膵管撮影 (MRCP) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()											
		内視鏡検査 (下部消化管) : [未実施 ・ 実施] 実施日 : (年 月 日) 所見 : ()											
検査所見 (その他)		検査所見 (その他) : ()											

受給者番号() 患者氏名()

告示番号	32	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
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：()						
既往歴	再発性脾炎の既往：[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：()						
内視鏡的治療	内視鏡的治療：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 詳細：()						
手術	外科的治療：[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	()		

告示番号		29		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		36 短腸症						受付種別		☐ 継続 転出実施主体名 ☐ 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		体重増加不良：[なし ・ あり] 易疲労性：[なし ・ あり]									
		消化器		下痢：[なし ・ あり] 便秘：[なし ・ あり] 胃・腸痙：[なし ・ あり] 部位：[胃 ・ 空腸 ・ 回腸 ・ 結腸]									
				腹痛：[なし ・ あり] 詳細：()									
				腹部膨満：[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		血清アルブミン：()g/dL 血清直接ビリルビン (D-Bil)：()mg/dL AST：()U/L ALT：()U/L γ-GTP：()U/L PT-INR：()											
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		単純X線検査 (腹部)：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()											
		注腸造影：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 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		合併症：[なし ・ あり] 詳細：()											
経過 (申請時) ※直近の状況を記載													
栄養管理		中心静脈栄養：[なし ・ あり] 使用静脈：() 使用カテーテル名：() 投与栄養量：()kcal/kg/日 残存静脈本数：()本/6本残存 経腸栄養：[なし ・ あり] 使用経腸栄養剤名：() 投与栄養量：()kcal/kg/日											
手術		手術 (初回)：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日：(年 月 日) 術式：() 残存小腸の長さ：()cm 回盲弁の有無：[なし ・ あり] 所見 (その他)：()											
		手術 (腸管延長術)：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日：(年 月 日) 術式：() 延長後の長さ：()cm											
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 29

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

医療機関住所

診療科

醫師名

小児慢性特定疾病 指定医番号 ()

(E $\mathcal{P}$)

告示番号		36		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		37 ヒルシュスプルング (Hirschsprung) 病								受付種別		☐ 継続 転出実施主体名 ☐ 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) 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		全身		体重増加不良：[なし ・ あり]					易疲労性：[なし ・ あり]				
		消化器		下痢：[なし ・ あり]					便秘：[なし ・ あり]				
				胃・腸痙：[なし ・ あり]					部位：[胃 ・ 空腸 ・ 回腸 ・ 結腸]				
				腹痛：[なし ・ あり]									
				詳細：()									
		腹部膨満：[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		血清アルブミン：()g/dL					血清直接ビリルビン (D-Bil)：()mg/dL		AST：()U/L				
		ALT：()U/L					γ-GTP：()U/L						
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		単純X線検査 (腹部)：[未実施 ・ 実施]					実施日：(年 月 日)						
		腸管拡張像：[なし ・ あり]					拡張部位：[十二指腸 ・ 空腸 ・ 回腸 ・ 結腸]		鏡面像：[なし ・ あり]				
		所見 (その他)：()											
		注腸造影：[未実施 ・ 実施]					実施日：(年 月 日)						
		microcolon：[なし ・ あり]					巨大膀胱：[なし ・ あり]						
		所見 (その他)：()											
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		合併症：[なし ・ あり]											
		詳細：()											
経過 (申請時) ※直近の状況を記載													
栄養管理		中心静脈栄養：[なし ・ あり]					使用静脈：()		使用カテーテル名：()				
		投与栄養量：()kcal/kg/日					残存静脈本数：()本/6本残存						
		経腸栄養：[なし ・ あり]					使用経腸栄養剤名：()						
手術		手術 (初回)：[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				

受給者番号() 患者氏名()

告示番号	36	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	()	

告示番号		37		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		38 慢性特発性偽性腸閉塞症						受付種別		☐ 継続 転出実施主体名					
受給者番号				受診日		年 月 日				☐ 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		全身		体重増加不良：[なし ・ あり]						易疲労性：[なし ・ あり]					
		消化器		下痢：[なし ・ あり]						便秘：[なし ・ あり]					
				胃・腸痙：[なし ・ あり]						部位：[胃 ・ 空腸 ・ 回腸 ・ 結腸]					
				腹痛：[なし ・ あり]											
				詳細：()											
		腹部膨満：[なし ・ あり]													
		詳細：()													
		症状 (その他)：()													
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載															
血液検査		血清アルブミン：()g/dL						血清直接ビリルビン (D-Bil)：()mg/dL		AST：()U/L					
		ALT：()U/L						γ-GTP：()U/L							
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]													
		消化管神経叢の形態異常 (HE染色)：[なし ・ あり]													
消化管運動機能検査		消化管内圧検査：[未実施 ・ 実施]						実施日：(年 月 日)							
		蠕動異常部位：[食道 ・ 胃 ・ 十二指腸 ・ 空腸 ・ 回腸 ・ 結腸]													
画像検査		単純X線検査 (腹部)：[未実施 ・ 実施]						実施日：(年 月 日)							
		腸管拡張像：[なし ・ あり]						拡張部位：[十二指腸 ・ 空腸 ・ 回腸 ・ 結腸]		鏡面像：[なし ・ あり]					
		所見 (その他)：()													
		注腸造影：[未実施 ・ 実施]						実施日：(年 月 日)							
		microcolon：[なし ・ あり]						巨大膀胱：[なし ・ あり]							
		所見 (その他)：()													
		MRI検査 (シネMRI)：[未実施 ・ 実施]						実施日：(年 月 日)							
		拡張像：[食道 ・ 胃 ・ 十二指腸 ・ 空腸 ・ 回腸 ・ 結腸]													
		蠕動異常部位：[食道 ・ 胃 ・ 十二指腸 ・ 空腸 ・ 回腸 ・ 結腸]													
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		合併症：[なし ・ あり]													
		詳細：()													
経過 (申請時) ※直近の状況を記載															
栄養管理		中心静脈栄養：[なし ・ あり]						使用静脈：()		使用カテーテル名：()					
		投与栄養量：()kcal/kg/日						残存静脈本数：()本/6本残存							
		経腸栄養：[なし ・ あり]						使用経腸栄養剤名：()							
手術		手術 (初回)：[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	37	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
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 ()											

告示番号		34		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		39 巨大膀胱短小結腸腸管蠕動不全症						受付種別		☐ 継続 転出実施主体名					
受給者番号				受診日		年 月 日				☐ 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		全身		体重増加不良：[なし ・ あり]						易疲労性：[なし ・ あり]					
		消化器		下痢：[なし ・ あり]						便秘：[なし ・ あり]					
				胃・腸痙：[なし ・ あり]						部位：[胃 ・ 空腸 ・ 回腸 ・ 結腸]					
				腹痛：[なし ・ あり]											
				詳細：()											
		腹部膨満：[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		血清アルブミン：()g/dL						血清直接ビリルビン (D-Bil)：()mg/dL		AST：()U/L					
		ALT：()U/L						γ-GTP：()U/L							
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		単純X線検査 (腹部)：[未実施 ・ 実施]						実施日：(年 月 日)							
		腸管拡張像：[なし ・ あり]						拡張部位：[十二指腸 ・ 空腸 ・ 回腸 ・ 結腸]		鏡面像：[なし ・ あり]					
		所見 (その他)：()													
		注腸造影：[未実施 ・ 実施]						実施日：(年 月 日)							
		microcolon：[なし ・ あり]						巨大膀胱：[なし ・ あり]							
		所見 (その他)：()													
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		合併症：[なし ・ あり]													
		詳細：()													
経過 (申請時) ※直近の状況を記載															
栄養管理		中心静脈栄養：[なし ・ あり]						使用静脈：()		使用カテーテル名：()					
		投与栄養量：()kcal/kg/日						残存静脈本数：()本/6本残存							
		経腸栄養：[なし ・ あり]						使用経腸栄養剤名：()							
手術		手術 (初回)：[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					

受給者番号() 患者氏名()

告示番号	34	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	(	)	

告示番号		35		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		40 腸管神経節細胞僅少症						受付種別		☐ 継続 転出実施主体名 ☐ 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		体重増加不良：[なし ・ あり]						易疲労性：[なし ・ あり]				
		消化器		下痢：[なし ・ あり]						便秘：[なし ・ あり]				
				胃・腸痙：[なし ・ あり]						部位：[胃 ・ 空腸 ・ 回腸 ・ 結腸]				
				腹痛：[なし ・ あり]										
				詳細：()										
		腹部膨満：[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		血清アルブミン：()g/dL						血清直接ビリルビン (D-Bil)：()mg/dL		AST：()U/L				
		ALT：()U/L						γ-GTP：()U/L						
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		単純X線検査 (腹部)：[未実施 ・ 実施]						実施日：(年 月 日)						
		腸管拡張像：[なし ・ あり]						拡張部位：[十二指腸 ・ 空腸 ・ 回腸 ・ 結腸]		鏡面像：[なし ・ あり]				
		所見 (その他)：()												
		注腸造影：[未実施 ・ 実施]						実施日：(年 月 日)						
		microcolon：[なし ・ あり]						巨大膀胱：[なし ・ あり]						
		所見 (その他)：()												
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		合併症：[なし ・ あり]												
		詳細：()												
経過 (申請時) ※直近の状況を記載														
栄養管理		中心静脈栄養：[なし ・ あり]						使用静脈：()		使用カテーテル名：()				
		投与栄養量：()kcal/kg/日						残存静脈本数：()本/6本残存						
		経腸栄養：[なし ・ あり]						使用経腸栄養剤名：()						
手術		手術 (初回)：[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				

受給者番号() 患者氏名()

告示番号	35	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	()	

告示番号		4		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		41 肝巨大血管腫						受付種別		☐ 継続 転出実施主体名 ☐ 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		体重増加不良：[なし ・ あり]				易疲労性：[なし ・ あり]				出血傾向：[なし ・ あり]		
		消化器		肝腫大 (触診)：[なし ・ あり]				脾腫大 (触診)：[なし ・ あり]				腹部膨満：[なし ・ あり]		
		呼吸器・循環器		呼吸障害：[なし ・ あり]				心不全：[なし ・ あり]						
		内分泌・代謝		甲状腺機能障害：[なし ・ あり]										
		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		血小板数：()×10 ⁴ /μL ALT：()U/L PT：()%				血清総ビリルビン (T-Bil)：()mg/dL アンモニア (NH3)：()μg/dL PT-INR：()				AST：()U/L PT：()秒 BNP：()pg/mL・未実施				
病理検査		消化管生検：[未実施 ・ 実施] 部位：[食道 ・ 胃 ・ 十二指腸 ・ 空腸 ・ 回腸 ・ 結腸 ・ 直腸] 所見：()				実施日：(年 月 日)								
画像検査		画像検査：[未実施 ・ 実施] 所見：()				実施日：(年 月 日)								
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		合併症：[なし ・ あり] 詳細：()												
経過 (申請時) ※直近の状況を記載														
呼吸管理		気管挿管：[なし ・ あり]				気管切開管理：[なし ・ あり]								
栄養管理		中心静脈栄養：[なし ・ あり]												
血液浄化		腹膜透析 (慢性透析)：[未実施 ・ 実施] 血液透析 (慢性透析)：[未実施 ・ 実施]				導入年月：(年 月) 導入年月：(年 月)								
手術		手術：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 術式：() 所見：()				実施日：(年 月 日)								
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	4	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	()			

告示番号		27		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		42 総排泄腔遺残						受付種別		☐ 継続 転出実施主体名 ☐ 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) 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													
身体所見		身体所見：()											
症状	消化器	排泄障害：[なし ・ あり] 詳細：()											
		腎機能障害：[なし ・ あり] 詳細：()											
	腎・泌尿器	排尿障害：[なし ・ あり] 詳細：()											
		外性器異常：[なし ・ あり] 詳細：()											
	その他	月経困難：[なし ・ あり ・ 月経未発来] 月経血流出路障害：[なし ・ あり ・ 月経未発来]											
		留血症：腔：[なし ・ あり] 子宮：[なし ・ あり] 卵管：[なし ・ あり] 部位 (その他)：()											
		留血症：腔：[なし ・ あり] 子宮：[なし ・ あり] 卵管：[なし ・ あり] 部位 (その他)：()											
		症状 (その他)：()											
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
画像検査		瘻孔造影：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()											
		超音波検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 部位：() 所見：()											
		CT 検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 部位：() 所見：()											
		MRI 検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 部位：() 所見：()											
		膀胱鏡検査：[未実施 ・ 実施] 総排泄腔長：[不明 ・ 短いタイプ (3.0 cm未満) ・ 長いタイプ (3.0 cm超)] 実測値：()cm 腔・子宮奇形：[なし ・ あり]											
		画像検査 (その他)：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 部位：() 所見：()											
遺伝学的検査		染色体検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 核型：[46,XX ・ 46,XY ・ その他] 核型 (その他)：()											
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		脊髄髄膜瘤：[なし ・ あり] 脊髄係留症：[なし ・ あり] 合併症 (その他)：()											

受給者番号() 患者氏名()

告示番号	27	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
経過（申請時） ※直近の状況を記載								
排泄管理	腎臓：[なし ・ あり] 人工肛門：[なし ・ あり]		膀胱瘻：[なし ・ あり] 浣腸：[なし ・ あり]		腔瘻：[なし ・ あり] 洗腸：[なし ・ あり]		自己導尿：[なし ・ あり]	
リハビリテーション	補装具の使用：下肢装具：[なし ・ あり]				車椅子：[なし ・ あり]			
血液浄化	腹膜透析（慢性透析）：[未実施 ・ 実施] 血液透析（慢性透析）：[未実施 ・ 実施]		導入年月：(年 月) 導入年月：(年 月)					
移植	腎移植：[未実施 ・ 実施] 生体腎移植：[なし ・ あり]		実施日：(年 月 日) 先行的腎移植：[なし ・ あり]					
手術	肛門形成：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 術式：() 所見：()							
	腔形成：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 術式：() 所見：()							
	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：()							
	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 ()					

告示番号		28		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		43 総排泄腔外反症						受付種別		☐ 継続 転出実施主体名			
受給者番号				受診日		年 月 日				☐ 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													
身体所見		身体所見：()											
症状	消化器	排泄障害：[なし ・ あり]											
		詳細：()											
	腎・泌尿器	腎機能障害：[なし ・ あり]											
		詳細：()											
	筋・骨格	排尿障害：[なし ・ あり]											
		詳細：()											
	その他	運動障害 (下肢)：[なし ・ あり]											
		詳細：()											
		外性器異常：[なし ・ あり]											
詳細：()													
月経困難：[なし ・ あり ・ 月経未発来] 月経血流出路障害：[なし ・ あり ・ 月経未発来]													
留水症：腔：[なし ・ あり] 子宮：[なし ・ あり] 卵管：[なし ・ あり]													
部位 (その他)：()													
留血症：腔：[なし ・ あり] 子宮：[なし ・ あり] 卵管：[なし ・ あり]													
部位 (その他)：()													
症状 (その他)：()													
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
画像検査		超音波検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日)											
		部位：()											
		所見：()											
		CT 検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日)											
		部位：()											
		所見：()											
遺伝学的検査		MRI 検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日)											
		部位：()											
		所見：()											
		画像検査：腔・子宮奇形：[なし ・ あり]											
詳細：()													
検査所見 (その他)		外性器奇形：[なし ・ あり]											
		詳細：()											
出生前診断		[未実施 ・ 実施]											
		所見：()											
染色体検査		染色体検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 核型：[46,XX ・ 46,XY ・ その他]											
核型 (その他)		()											
検査所見 (その他)		検査所見 (その他)：()											

受給者番号() 患者氏名()

告示番号		28		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	
その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
合併症		脊髄髄膜瘤: [なし ・ あり]				脊髄係留症: [なし ・ あり]							
臨床経過		性の決定: [未決定 ・ 決定]				実施日: (年 月 日)							
		決定内容: [男 ・ 女 ・ 染色体は男だが女として育成 ・ その他]											
		決定内容 (その他): ()											
経過 (申請時) ※直近の状況を記載													
排泄管理		腎瘻: [なし ・ あり]				膀胱瘻: [なし ・ あり]				腔瘻: [なし ・ あり]			
		自己導尿: [なし ・ あり]				人工肛門: [なし ・ あり]				浣腸: [なし ・ あり]			
		洗腸: [なし ・ あり]											
リハビリテーション		補装具の使用: 下肢装具: [なし ・ あり]				車椅子: [なし ・ あり]							
血液浄化		腹膜透析 (慢性透析): [未実施 ・ 実施]				導入年月: (年 月)							
		血液透析 (慢性透析): [未実施 ・ 実施]				導入年月: (年 月)							
移植		腎移植: [未実施 ・ 実施]				実施日: (年 月 日)							
		生体腎移植: [なし ・ あり]				先行的腎移植: [なし ・ あり]							
手術		肛門形成: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]				術式: ()							
		所見: ()											
		腔形成: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済]				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 ()					