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〈新規申請用〉　1/2

病名	1　乳糖不耐症			受付種別	□ 新規
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（診断時） ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載

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]
		反復性の疝性腹痛：[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）：（　　）

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]
		反復性の疝性腹痛：[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（診断時） ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載

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
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：（　　）		

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〈新規申請用〉　2/2

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
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

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　（　　）