

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		6 リパーゼ欠損症						受付種別		<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ( )			
受給者番号				受診日		年 月 日							
ふりがな 氏名 (Alphabet)						(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)							
生年月日		年 月 日		意見書記載時の年齢		歳 か月 日		性別		男 ・ 女 ・ 性別未決定			
出生体重		g		出生週数		在胎 週 日		出生時に住民登録をした所		( ) 都道府県 ( ) 市区町村			
現在の身長・体重		身長 (測定日)		cm ( SD) 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: ( )									
				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 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: ( ) 便脂肪染色: [ - ・ + ・ ++ ・ +++ ]				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 ) 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											

2021a-001

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			
					小児慢性特定疾病 指定医番号	(		