

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		18 非特異性多発性小腸潰瘍症						受付種別		<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名			
受給者番号				受診日		年 月 日				<input type="checkbox"/> 転入 → ()			
ふりがな 氏名 (Alphabet)						(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)							
生年月日		年 月 日		意見書記載時の年齢		歳 か月 日		性別		男 ・ 女 ・ 性別未決定			
出生体重		g		出生週数		在胎 週 日		出生時に住民登録をした所		() 都道府県 () 市区町村			
現在の 身長・体重		身長 (測定日)		cm (SD) 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	貧血:[なし ・ あり]											
		浮腫:[なし ・ あり]											
		詳細 ()											
		成長障害:低身長 (−2.0SD以下):[なし ・ あり]											
	詳細 ()												
	消化器	腹痛:[なし ・ あり]											
	皮膚・粘膜	皮膚肥厚:[なし ・ あり] 頭部脳回転状皮膚:[なし ・ あり]											
筋・骨格	長管骨を主とする骨膜性骨肥厚:[なし ・ あり]												
その他	ばち指:[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		ヘモグロビン (Hb):()g/dL 平均赤血球容積 (MCV):()fL 血清アルブミン:()g/dL											
便検査		複数回の便潜血陽性:[なし ・ あり]											
病理検査		切除標本所見:[未実施 ・ 実施] 実施日:(年 月 日) すべてUL-Ⅱまでにとどまる非特異性潰瘍:[なし ・ あり] 回腸に近接、多発する境界鮮鋭で平坦な潰瘍またはその瘢痕:[なし ・ あり] 潰瘍は地図状ないしテープ状で、横走、斜走する:[なし ・ あり] 所見 (その他):()											
画像検査		消化管造影:[未実施 ・ 実施] 実施日:(年 月 日) 部位:() 近接、多発する非対称性狭窄、変形:[なし ・ あり]											
		内視鏡検査 (消化管):[未実施 ・ 実施] 実施日:(年 月 日) 部位:() 近接、多発し、境界鮮鋭で浅く斜走、横走する地図状、テープ状潰瘍:[なし ・ あり]											
遺伝学的検査		遺伝子検査:[未実施 ・ 実施] 実施日:(年 月 日) SLCO2A1遺伝子異常:[なし ・ あり] 詳細:()											
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													
鑑別診断		腸結核:[除外可能 ・ 除外不可 ・ 不明] クロールン病:[除外可能 ・ 除外不可 ・ 不明] 腸管バネチット病／単純性潰瘍:[除外可能 ・ 除外不可 ・ 不明] 薬剤性腸炎:[除外可能 ・ 除外不可 ・ 不明]											
合併症		腸管狭窄による腸閉塞:[なし ・ あり] 合併症 (その他):[なし ・ あり] 詳細:()											
家族歴		本疾患の家族歴:[なし ・ あり ・ 不明] 詳細:()											

