

告示番号 <b>38</b>		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	12 カウデン (Cowden) 症候群			受付種別	<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ( )			
保険情報	保険者番号 ( ) 被保険者記号 ( ) 被保険者番号 ( ) 被保険者個人単位枝番 ( ) 資格取得年月日 年 月 日							
氏名	(セイメイ) (姓名)		以前の登録氏名 (変更のある場合)	(セイメイ) (姓名)				
住所	郵便番号 ( - ) 都道府県 ( ) 市区町村 ( ) 丁目番地等 ( )							
生年月日	年 月 日			性別	男性 ・ 女性 ・ 性別未決定			
出生地	都道府県 ( ) 市区町村 ( )							
出生体重	g	出生週数	在胎	週 日				
発症時期	年 月 頃		記載時の年齢	満 歳 か月 日				
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		年 月 日	年 月 日	肥満度	%
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								
最終受診日	( 年 月 日 )							
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: ( ) / $\mu$ 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	$\gamma$ -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			
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 ( )							

<b>告示番号</b>	<b>38</b>	<b>慢性消化器疾患</b>	( )	年度	小児慢性特定疾病	<b>医療意見書〈継続申請用〉</b>	<b>2/2</b>
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
医療機関所在地				診断年月日	年	月	日
電話番号							
				診療科			
				医師名			
				小児慢性特定疾病 指定医番号 (			)

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年 月 日
公費負担者番号	
認定結果	[ 認定 ・ 不認定 ]
研究同意の有無	[ 有 ・ 無 ]
受給者番号	受給者番号 ( ) 有効期限 年 月 日
階層区分	[ 生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他 ]
保険情報	保険者番号 ( ) 被保険者記号 ( ) 被保険者番号 ( ) 被保険者個人単位枝番 ( ) 資格取得年月日 年 月 日