

告示番号		40		内分泌疾患 () 年度		小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)		1/2		
病名	74 ガストリノーマ					受付種別	<input type="checkbox"/> 新規			
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)			以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓)				
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	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 (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										
最終受診日	(年 月 日)									
症状	消化器	下痢: [なし ・ あり]		消化性潰瘍: [なし ・ あり]						
	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]		消化性潰瘍: [なし ・ あり]						
	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										
負荷試験	カルシウム負荷試験: [未実施 ・ 実施]		実施日: (年 月 日)		ガストリン頂値: ()pg/mL					
血液検査	血清アルブミン: ()g/dL		血清Ca: ()mg/dL		血清Ca (補正值): ()mg/dL					
	intact PTH: ()pg/mL		ガストリン: ()pg/mL							
胃酸分泌検査	胃酸分泌測定 (BAO/MAO): [未実施 ・ 実施]		胃内24時間pHモニタリング: [未実施 ・ 実施]							
	空腹時胃内pH測定: [未実施 ・ 実施]		胃酸過剰分泌: [なし ・ あり]							
画像検査	CTまたはMRI検査: [未実施 ・ 実施]		実施日: (年 月 日)		部位: ()					
	内視鏡検査 (消化管): [未実施 ・ 実施]		実施日: (年 月 日)		所見: ()					
	画像検査 (その他): [未実施 ・ 実施]		実施日: (年 月 日)		部位: ()					
	検査所見 (その他): ()		検査所見 (その他): ()							
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載										
血液検査	ガストリン: ()pg/mL									
画像検査	CTまたはMRI検査: [未実施 ・ 実施]		実施日: (年 月 日)		部位: ()					
	内視鏡検査 (消化管): [未実施 ・ 実施]		実施日: (年 月 日)		所見: ()					
	画像検査 (その他): [未実施 ・ 実施]		実施日: (年 月 日)		部位: ()					
	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	補充療法: [なし ・ あり] 詳細: ()
	機能抑制療法: [なし ・ あり] 詳細: ()
	薬物療法 (その他): ()

手術	手術: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 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

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 ()
---------	---

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