

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 (継続申請用) **1/2**

病名	1 乳糖不耐症			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	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							
最終受診日	(年 月 日)						
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]					
		反復性の痙攣性腹痛: [なし ・ あり] 詳細: ()					
	その他	腹部膨満・腹鳴: [なし ・ あり] 詳細: () 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		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)				
	経口ブドウ糖負荷試験: [未実施 ・ 実施]		実施日: (年 月 日)				
病理検査	腸管粘膜生検: [未実施 ・ 実施]		実施日: (年 月 日)				
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

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