

|                        |  |                                                                                                  |  |                                                                                                                                                   |  |                               |  |                            |  |                                                                          |  |         |  |
|------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------|--|----------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------|--|---------|--|
| 告示番号                   |  | 29                                                                                               |  | 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<br><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 ( )<br>資格取得年月日 年 月 日                                  |  |                                                                                                                                                   |  |                               |  |                            |  |                                                                          |  |         |  |
| 氏名                     |  | (セイメイ)<br>(姓)                                                                                    |  |                                                                                                                                                   |  | 以前の登録氏名<br>(変更のある場合)          |  | (セイメイ)<br>(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<br>身長・体重           |  | 身長<br>(測定日)                                                                                      |  | cm ( SD)<br>年 月 日                                                                                                                                 |  | 体重<br>(測定日)                   |  | kg ( SD)<br>年 月 日          |  | BMI                                                                      |  |         |  |
|                        |  |                                                                                                  |  |                                                                                                                                                   |  |                               |  |                            |  | 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 ]<br>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 ]<br>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 ]<br>詳細：( )                                                                                                                   |  |                               |  |                            |  |                                                                          |  |         |  |
|                        |  |                                                                                                  |  | 腹部膨満・腹鳴：[ なし ・ あり ]<br>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<br>ALT：( )U/L                                                                  |  |                                                                                                                                                   |  | 血清アルブミン：( )g/dL<br>LDH：( )U/L |  | AST：( )U/L<br>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 )<br>所見：( )                                                    |  |                                                                                                                                                   |  |                               |  |                            |  |                                                                          |  |         |  |
|                        |  | 経口ブドウ糖負荷試験：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )<br>所見：( )                                                  |  |                                                                                                                                                   |  |                               |  |                            |  |                                                                          |  |         |  |
| 病理検査                   |  | 腸管粘膜生検：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 )<br>酵素活性：( )<br>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 )<br>部位：[ 上部 ・ 下部 ・ 上部/下部両方 ]<br>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 ]<br>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 ]<br>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 )<br>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 |  |                                                                                                                                                   |  |                               |  |                            |  |                                                                          |  |         |  |

