

告示番号		25		慢性消化器疾患		( )		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)		1/2					
病名	2 ショ糖イソ麦芽糖分解酵素欠損症							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 ] 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 ] ショ糖摂取で下痢する: [ なし ・ あり ] ショ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: ( )															
		腹部膨満・腹鳴: [ なし ・ あり ] 詳細: ( )															
	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 ] 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 ] ショ糖摂取で下痢する: [ なし ・ あり ] ショ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: ( )															
		腹部膨満・腹鳴: [ なし ・ あり ] 詳細: ( )															
	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																	
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		AST: ( ) 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	経口ブドウ糖負荷試験: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 所見: ( )																
	経口ショ糖負荷試験: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 所見: ( )																
	経口果糖負荷試験: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 所見: ( )																
病理検査	腸管粘膜生検: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 酵素活性: ( ) 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: ( )																

告示番号 **25** 慢性消化器疾患 ( ) 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用) **2/2**

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 ALT: ( )U/L	血清アルブミン: ( )g/dL LDH: ( )U/L	AST: ( )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	経口ブドウ糖負荷試験: [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日: ( 年 月 日 )	所見: ( )
	経口ショ糖負荷試験: [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日: ( 年 月 日 )	所見: ( )
	経口果糖負荷試験: [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日: ( 年 月 日 )	所見: ( )
病理検査	腸管粘膜生検: [ 未実施 ・ 実施 ]	実施日: ( 年 月 日 )	酵素活性: ( ) 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: ( )
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 ]	ショ糖除去食: [ 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