

告示番号 <b>24</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	<b>4 エンテロキナーゼ欠損症</b>			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)	
		年 月 日	年 月 日		BMI	%
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	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 ]				
	その他	詳細: ( )				
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		
	血清アミラーゼ: ( )U/L		血清リパーゼ: ( )U/L			
便検査	便pH: ( )	便中ナトリウム: ( )mEq/L	便中還元糖: ( )g/dL			
病理検査	十二指腸液検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )					
	アミラーゼ: ( )U/L		リパーゼ: ( )U/L	エンテロキナーゼ: ( )ng/mL	トリプシン: ( )ng/mL	
	腸管粘膜生検: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )					
画像検査	酵素活性: ( )					
	所見: ( )					
遺伝学的検査	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 ]					
その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載	所見: ( )					
	合併症	合併症: [ なし ・ あり ]				
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 ]					
栄養管理	中心静脈栄養: [ 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 ( )					

<b>告示番号</b>	<b>24</b>	<b>慢性消化器疾患</b>	( )	年度	小児慢性特定疾病 医療意見書 (継続申請用)	<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