

| 告示番号 | 23 | 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 | 5 アミラーゼ欠損症 | | | | 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) | |
| | | 年 月 日 | 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] | | | | |
| | | 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] | | | | |
| | | 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 | | 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 | |
| 負荷試験 | でんぷん負荷試験: [未実施 ・ 実施] | | 実施日: (年 月 日) | | | |
| 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 | |
| | 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: () | | | |
| 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 | |

| 告示番号 | 23 | 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 |
|------------------------|---|----------------|------------------------|-------|
| 負荷試験 | でんぶん負荷試験：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：() | | | |
| 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) 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] | | | |
| 手術 | 外科的治療：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 術式：() 所見：() | | | |
| 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 |