

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 (継続申請用)		1/2	
病名	5 アミラーゼ欠損症							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	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 ] 詳細: ( )											
		でんぶん摂取で下痢する: [ なし ・ あり ]      でんぶん除去で便が正常化: [ なし ・ あり ]											
	腹部膨満・腹鳴: [ なし ・ あり ] 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		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	でんぶん負荷試験: [ 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		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	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