

告示番号		30		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	6 リパーゼ欠損症							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)			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] 詳細: ()											
		脂肪摂取で悪化する: [なし ・ あり] 脂肪性下痢: [なし ・ あり]											
		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] 詳細: ()											
		脂肪摂取で悪化する: [なし ・ あり] 脂肪性下痢: [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 (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								
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: ()										
汗クロライド検査	汗クロライド検査: [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: ()										
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										

告示番号 **30** 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**

便検査	便pH:() 便脂肪染色:[- ・ + ・ ++ ・ +++]	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 酵素活性:() 所見:()		
汗クロライド検査	汗クロライド検査:[未実施 ・ 実施] 実施日:()年()月()日 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]		
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