

告示番号		31		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		☐ 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 ALT: ()U/L 血清アミラーゼ: ()U/L				血清アルブミン: ()g/dL LDH: ()U/L 血清リパーゼ: ()U/L				AST: ()U/L γ-GTP: ()U/L					
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: ()													
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 血清アミラーゼ: ()U/L				血清アルブミン: ()g/dL LDH: ()U/L 血清リパーゼ: ()U/L				AST: ()U/L γ-GTP: ()U/L					

