

告示番号 <b>27</b>		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	<b>8 腸リンパ管拡張症</b>			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		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	全身	浮腫: [ なし ・ あり ] 詳細: ( )						
	消化器	下痢: [ なし ・ あり ] 詳細: ( )						
		嘔吐: [ 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	全身	浮腫: [ なし ・ あり ] 詳細: ( )						
	消化器	下痢: [ なし ・ あり ] 詳細: ( )						
		嘔吐: [ 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	白血球数: ( )/μL	リンパ球: ( )%	ヘモグロビン (Hb): ( )g/dL	血小板数: ( )×10 <sup>4</sup> /μL	血清総蛋白: ( )g/dL	AST: ( )U/L	ALT: ( )U/L	LDH: ( )U/L
	γ-GTP: ( )U/L	PT: ( )秒	PT: ( )%	PT-INR: ( )	HPT: ( )%			
病理検査	腸管粘膜生検: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 所見: ( )							
α1アンチトリプシン・クリアランス試験	α1アンチトリプシン・クリアランス試験: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )			便中α1アンチトリプシン: ( )mg/dL 便量: ( )mL/day クリアランス: ( )mL/day 血清α1アンチトリプシン: ( )mg/dL 胃酸分泌抑制剤の併用: [ なし ・ あり ]				
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 (その他)	検査所見 (その他): ( )							
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載								
血液検査	白血球数: ( )/μL	リンパ球: ( )%	ヘモグロビン (Hb): ( )g/dL	血小板数: ( )×10 <sup>4</sup> /μL	血清総蛋白: ( )g/dL	AST: ( )U/L	ALT: ( )U/L	LDH: ( )U/L
	γ-GTP: ( )U/L	PT: ( )秒	PT: ( )%	PT-INR: ( )	HPT: ( )%			
病理検査	腸管粘膜生検: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 所見: ( )							

告示番号	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
α1アンチトリプシン・クリアランス試験	α1アンチトリプシン・クリアランス試験：[ 未実施 ・ 実施 ] 便中α1アンチトリプシン：( )mg/dL 便量：( )mL/day		実施日：( )年 ( )月 ( )日 血清α1アンチトリプシン：( )mg/dL クリアランス：( )mL/day 胃酸分泌抑制の併用：[ なし ・ あり ]	
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（その他）	検査所見（その他）：( )			
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：( )			
既往歴	Fontan手術の既往※：[ なし ・ あり ] (※ Fontan手術後など先天性心疾患に起因する症例は、慢性心疾患の原疾病にて申請すること)			
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：( )			
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
医療機関所在地		診断年月日	年	月
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