

告示番号		39		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	9 家族性腺腫性ポリポーシス							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	血便: [なし ・ あり]															
		詳細: ()															
	その他	便通異常: [なし ・ あり]															
詳細: ()																	
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載																	
症状	消化器	血便: [なし ・ あり]															
		詳細: ()															
	その他	便通異常: [なし ・ あり]															
詳細: ()																	
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		ヘモグロビン (Hb): ()g/dL		血小板数: ()×10 ⁴ /μL		AST: ()U/L					ALT: ()U/L		LDH: ()U/L		γ-GTP: ()U/L	
病理検査	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: ()		
遺伝学的検査	遺伝子検査: [未実施 ・ 実施]										実施日: (年 月 日)		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		ヘモグロビン (Hb): ()g/dL		血小板数: ()×10 ⁴ /μL		AST: ()U/L					ALT: ()U/L		LDH: ()U/L		γ-GTP: ()U/L	
病理検査	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: ()		
遺伝学的検査	遺伝子検査: [未実施 ・ 実施]										実施日: (年 月 日)		所見: ()				
検査所見 (その他)	検査所見 (その他): ()																

告示番号 39 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	
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: ()
家族歴	本疾患の家族歴: [なし ・ あり ・ 不明] 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: ()
手術	手術: [未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日: (年 月 日) 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