

告示番号		40		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ジス							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 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: ()											
		便通異常: [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	血便: [なし ・ あり] 詳細: ()											
		便通異常: [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 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) 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: ()											
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) 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: ()											
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): ()											

