

告示番号		19		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	13 周期性嘔吐症候群							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	嘔吐発作①: 発作開始日: (年 月 日)		発作終了日: (年 月 日)		嘔吐の回数: ()回/時間						他の疾患 (感染症、代謝異常など) による嘔吐を除外: [できない ・ できる]	
		嘔吐発作②: 発作開始日: (年 月 日)		発作終了日: (年 月 日)		嘔吐の回数: ()回/時						他の疾患 (感染症、代謝異常など) による嘔吐を除外: [できない ・ できる]	
		嘔吐発作③: 発作開始日: (年 月 日)		発作終了日: (年 月 日)		嘔吐の回数: ()回/時						他の疾患 (感染症、代謝異常など) による嘔吐を除外: [できない ・ できる]	
		嘔吐発作④: 発作開始日: (年 月 日)		発作終了日: (年 月 日)		嘔吐の回数: ()回/時						他の疾患 (感染症、代謝異常など) による嘔吐を除外: [できない ・ できる]	
		嘔吐発作⑤: 発作開始日: (年 月 日)		発作終了日: (年 月 日)		嘔吐の回数: ()回/時						他の疾患 (感染症、代謝異常など) による嘔吐を除外: [できない ・ できる]	
	その他	発作間欠期の症状: [なし ・ あり]						予想可能な周期か: [不可能 ・ 可能]					
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
症状	消化器	過去1年間の嘔吐発作回数: ()回											
		嘔吐発作 (直近): 発作開始日: (年 月 日)		発作終了日: (年 月 日)		嘔吐の回数: ()回/時間						他の疾患 (感染症、代謝異常など) による嘔吐を除外: [できない ・ できる]	
	その他	発作間欠期の症状: [なし ・ あり]						予想可能な周期か: [不可能 ・ 可能]					
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													
検査所見	検査所見: ()												
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
検査所見	検査所見: ()												
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]		片頭痛: [なし ・ あり]		食道炎: [なし ・ あり]								
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						

告示番号 **19** 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**

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